A depressão como "mal-estar" contemporâneo

LEANDRO ANSELMO TODESQUI TAVARES

A depressão como "mal-estar" contemporâneo

Medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo

CULTURA ACADÊMICA
Editora

Cultura Acadêmica

Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
feu@editora.unesp.br

CIP – Brasil. Catalogação na fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

T231d

Tavares, Leandro Anselmo Todesqui

A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo / Leandro Anselmo Todesqui Tavares. - São Paulo : Cultura Acadêmica, 2010.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7983-100-3

1. Depressão mental. 2. Doenças mentais - Aspectos sociais. 3. Alienação (Psicologia). 4. Psicotrópicos. 5. Psicanálise. I. Título.

11-0133. CDD: 306.461
CDU: 316.74:616.891.6

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações Digitais da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP)

Editora afiliada:

Asociación de Editoriales Universitarias de América Latina y el Caribe

Associação Brasileira de Editoras Universitárias

Agradecimentos

Gostaria, com sinceridade, de agradecer a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa.

De maneira especial, agradeço o apoio incondicional de meus familiares, meus pais e minha irmã, os quais sempre me encorajaram em minhas decisões, de modo que sem a existência deles nada seria possível.

Meu agradecimento incomensurável a todos os colegas e amigos profissionais, hoje em sua maioria também professores, com os quais compus o grupo de pesquisa "Figuras e modos de subjetivação no contemporâneo". Entre eles estão:

Marco Antônio Rotta Teixeira, que pôde acompanhar o desenvolvimento deste trabalho desde seu embrião, contribuindo de forma significativa e singular para os avanços teóricos contidos nestas páginas.

Matheus Fernandes de Castro, Thassia Souza Emidio e Mary Yoko Okamoto, pelo apoio na realização deste trabalho e pelo incentivo incondicional em minha atividade profissional como docente, a qual se iniciou paralelamente ao desenvolvimento desta pesquisa e que só foi possível tornar-se também uma realidade, graças à confiança deles em mim depositada.

Agradeço também aos colegas Karin Prado Telles, Lucas Martins Soldera, Guilherme Elias da Silva, Giselha Golfetti, Hélio Hoshina, Fátima Itsue W. Simões, Marcos Mariani Casadore, Mariele Ro-

drigues Correa, Renata C. Sobral Dias, Paula Ione Fiochi, e Milena da Silva Mano, que em muitas situações e circunstâncias diferentes puderam, cada qual a sua maneira, contribuir para a problematização e evolução desta pesquisa.

Relembro, neste momento, os vários amigos espalhados pelo mundo afora em virtude de seus caminhos e buscas de realizações pessoais e profissionais, mas que, apesar da distância, torceram em prol da realização deste sonho. A eles agradeço, em especial ao Ebenézer de Oliveira Müller, companheiro de infinitas discussões psicanalíticas, filosóficas e musicais desde a época de graduação; ao Marcelo Germanos, que infelizmente deixou a presença de sua falta e que foi em vida invejável filósofo e psicólogo que muito contribuiu durante nossa formação para questionamentos e problematizações dignas de nota; ao Fábio Alves Carvalho, sempre aberto a discussões teóricas; e, por fim, à Ana Paula Batini, que contribuiu com suas observações, críticas e apontamentos ponderados e, especialmente, pelo incentivo irrestrito e por compreender os momentos de reclusão e isolamento necessários para a realização deste trabalho.

Meu agradecimento aos colegas e funcionários da seção de pós-graduação, que sempre se demonstraram solícitos e compreensivos ante as necessidades burocráticas que demandamos cotidianamente.

Meus agradecimentos especiais à professora Cristina Amélia Luzio e ao professor Walter Migliorini pela abertura e acessibilidade, bem como pelos apontamentos capitais que tornaram possível o amadurecimento das questões discutidas neste trabalho. Da mesma maneira, meu reconhecimento e agradecimento à professora Catarina Satiko Tanaka por ter aceitado o convite de participação junto à banca, onde pôde contribuir significativamente, e por encorajar-me na continuidade dos estudos.

Agradeço aos meus pacientes pela oportunidade de humildemente tentar ajudá-los por meio de meu trabalho cotidiano e, sobretudo, por me tornarem possível a tarefa de reencontrar os sentidos das teorias em cada caso atendido.

Em especial, meu agradecimento, reconhecimento e admiração irrestritos ao meu orientador e amigo professor Francisco Hashimoto, que sempre demonstrou confiança em meu trabalho, encorajando-me

também a realizar mais um sonho: iniciar a carreira docente. Por meio de sua maneira sábia e especial de orientar seus alunos, pôde encorajar-me a realizar este trabalho de forma livre, por isso também prazerosa, respeitando aquilo que concernia ao meu desejo, ao mesmo tempo em que atento a todas as necessidades para a realização de uma pesquisa competente, significativa e de qualidade. Sem ele, nada seria possível.

Chico, muito obrigado!

E se não tivesse o amor?
E se não tivesse essa dor?
E se não tivesse o sofrer?
E se não tivesse o chorar?
(Caetano Veloso, It's a long way*)*

Sumário

Apresentação 13

1 Contemporaneidade e "mal-estar" 27
2 A depressão como "mal-estar" contemporâneo 67
3 Percursos: caminhos e (des)caminhos 101
4 A (ex)-sistência do sujeito depressivo 123

Considerações finais 167
Referências bibliográficas 171

Apresentação

No cenário do mundo contemporâneo, o predomínio de determinadas psicopatologias (assim designadas) é fruto direto das novas configurações simbólicas forjadas pelos discursos sociais vigentes, discursos estes que atravessam os sujeitos, produzindo, assim, determinadas formas de subjetivação características de nosso tempo.

Do início do capitalismo até os dias de hoje, nunca se viu uma época tão agudamente alienante para o sujeito como a que acontece agora na nossa dita *pós-modernidade* (Bauman, 1998). A exacerbada valorização da imagem e a submissão frente às imposições da mídia, tendo como consequência direta a produção de pseudovalores e pseudonecessidades na contemporaneidade, caracterizam o que Debórd (1997), por sua vez, denominou como "a sociedade do espetáculo".

As relações interpessoais contemporâneas adquiriram novas configurações decorrentes do modelo de sociedade atual. Relações estas que são mediadas por imagens, modas, tendências impostas pelos veículos de comunicação, globalização de costumes, necessidades, e modos de ser dos indivíduos enquanto atores da cena social. Essa "sociedade espetacular" acaba por ser, em sua essência, uma sociedade da *aparência*. Se por um lado, em um primeiro momento, o capitalismo impulsionou o sujeito para uma dialética do *ter* em detrimento do *ser*; hoje, por outro lado, temos o deslizamento do *ter* para o *parecer*. Em

um mundo onde a aparência é fundamental, o (a)parecer na cena social se torna questão de existência.

Desta forma, a sociedade contemporânea, com todo seu arsenal tecnológico e, em especial, com as novas e variadas possibilidades de comunicação, promove por fim uma autêntica produção circular do isolamento e da alienação: da televisão aos computadores, o sistema espetacular cria, incessantemente, as condições de isolamento, a formação das "multidões solitárias". Tomada por esse sentido, a dinâmica do cenário social contemporâneo, com toda sua infinita gama de imposições e a consequente subversão das reais necessidades dos indivíduos, acaba por se forjar uma verdadeira "falsificação da vida social". O espetáculo é o empobrecimento, a sujeição e a negação da vida real: a genuína expressão da separação e do afastamento entre o homem e o homem.

A partir do momento em que vivemos em um contexto que nos exige determinadas formas de *(a)parecer* na cena social, é inevitável que diante da impossibilidade de participação nesse "teatro espetacular" o indivíduo adoeça – é o "mal-estar" (Freud,1930; 1992), fruto da incompatibilidade entre a demanda social e as reais necessidades individuais.

Ante as imposições do cenário espetacular, o sujeito vê-se pressionado a atender as exigências sociais em um sentido estético de sua existência. É por meio da estimulação pelo discurso social que essa "cultura da imagem" impulsiona o sujeito a uma vivência essencialmente narcisista, o *eu* sendo o principal objeto de investimento libidinal e o *outro* usado apenas como recurso para o prazer imediato. Nessa cultura da estetização do *eu*, o sujeito tem seu valor atribuído por aquilo que *aparenta* ser, mediante as imagens produzidas para se apresentar na cena social, e, dessa forma, a exibição se transforma no lema essencial da existência – razão de seu ser.

Entre as modalidades de sofrimentos psíquicos mais frequentes na atualidade estão as variadas formas de drogadições, síndromes do pânico e, principalmente, as depressões (Fuks, 1999). Essas modalidades, cotidianamente, chegam aos Serviços de Psicologia como demandas para atendimento, como nos mostra a realidade de nossa prática pro-

fissional clínica. Desta forma, o interesse pelo tema proposto nesta pesquisa nasceu da própria atuação profissional em Saúde Pública, especificamente da prática cotidiana de atendimentos clínicos em um Centro de Saúde de uma cidade do interior de São Paulo.

A atuação dos profissionais de Psicologia que trabalham pelo SUS (Sistema Único de Saúde), e que estão ali para atender toda a população usuária do serviço, obriga estes a terem contato, cotidianamente, com os mais variados tipos de queixas, problemas, patologias, situações de risco e/ou diversas formas de subjetivação de uma maneira geral. A questão da depressão, especialmente, tornou-se quase que um modismo nos dias de hoje. Para além das paredes dos consultórios, ouvimos demasiadamente que sempre alguém sofre deste mal pós-moderno. Isso se deve, evidentemente, ao espantoso número de casos assim diagnosticados na atualidade. Devido, então, a essa excessiva presença do significante "depressão" ecoando nos mais variados contextos e, mais intensivamente, nas clínicas e/ou serviços de Psicologia, o interesse e a inquietação com esse tema só aumentou no decorrer destes anos atuando profissionalmente.

Com relação às depressões, sabemos que na maioria dos casos o serviço de Psicologia é um dos últimos recursos a ser procurado pelo paciente na tentativa de cura/alívio de seu sofrimento. Isto se deve a um conjunto de fatores, contudo, podemos apontar como mais significativo o desconhecimento das possibilidades da Psicologia por grande parte da população, somado à cultura medicalizante que traz em si uma promessa latente de cura/bem-estar/felicidade para o sofrimento humano.

A respeito da função da Psicologia, a qual mencionamos como desconhecida pela maioria dos pacientes, cabe relembrarmos Figueiredo (2004), que a define como um "campo de dispersão" devido às diversas linhas teóricas que compõem seu arcabouço de saber; ou ainda Bock (2001) definindo-a como *Psicologias* pelo mesmo motivo: a diversidade teórica e os diversos campos de atuação profissional. Contudo, especificamos nosso fazer clínico dentro do referencial teórico da psicanálise, o qual se diferencia das demais modalidades psicoterápicas, pois, como aponta Sauret (2006), a(s) psicoterapia(s) de

acordo com seu desenvolvimento e evolução histórica até a modernidade preconizam um tratamento da ordem do "cuidado de si". Segundo o autor, as psicoterapias "aparecem como promotoras designadas ao bem-estar mental, com a tarefa de adaptar o novo indivíduo a seu meio ambiente" (idem, p.33-4).

Salvo as variadas características das psicoterapias de diversas abordagens teóricas, situamos a prática clínica de referencial psicanalítico como desempenhando um papel singular por meio do dispositivo clínico, pois a partir de Freud, a noção de sujeito do inconsciente vem à tona e, dessa forma, encontramos a possibilidade em nossa atuação de poder conduzir os pacientes a uma ressignificação de seus vividos psíquicos, o que não prioriza, necessariamente, como objetivo uma determinada "cura", tão comum e visada pelas demais práticas psicoterápicas, nem tampouco visa a um ajustamento do indivíduo com relação a seu meio e aos outros (normatização). Antes, a função da psicologia clínica psicanalítica é exercer, ao contrário do que supõe o senso comum, a possibilidade do advento da falta desse "suposto saber" que na situação clínica é projetado no *outro* (psicoterapeuta), condição *sine qua non* para fazermos do dispositivo clínico uma possibilidade de (des)caminho para as individualidades que desejam e demandam certezas absolutas em nossa atualidade, estas legitimadas pela tendência exclusiva dos tratamentos medicamentosos.

Sendo assim, de acordo com nossa experiência, é comum observarmos que esses pacientes diagnosticados como depressivos, quando chegam ao atendimento psicológico, já se encontrem durante algum tempo sob o efeito de tratamentos medicamentosos, usados, até então, como única alternativa (na maioria das vezes) para o cuidado de seu sofrimento.

A depressão, considerada aqui como uma das mais presentes formas de "mal-estar" contemporâneas, simbolicamente representa o fracasso do sujeito na participação da cultura do narcisismo e do espetáculo. O excesso de interioridade/introspecção do deprimido, seu isolamento melancólico diante do mundo, se contrapõe à estética da *performance*, estimulada pelo discurso social vigente (Birman, 2001). Nesse sentido, o sujeito depressivo (ex)-siste no cenário social, está à

margem do estilo de existência priorizado pelo espetáculo, devido a sua incapacidade de identificar-se com as representações forjadas pela ideologia predominante das aparências.

No que tange ao tratamento dessas depressões, a situação não é muito diferente no sentido de que a *alienação* de si se reproduz nas práticas da saúde. Como exposto anteriormente, a tentativa de cura para o sofrimento tem como base, na maioria das vezes, as intervenções psicofarmacológicas, as quais, por sua vez, são alicerçadas em pressupostos de "normatização" dos indivíduos. Somente muito tempo depois, hora em que eventualmente o cuidado medicamentoso não atinge os efeitos desejados de alívio, é que o paciente acaba por procurar os atendimentos psicológicos, ou por livre e espontânea vontade, ou por algum encaminhamento de outra especialidade. Em determinados casos, é comum que a demanda de cura do paciente dirigida ao psicólogo diga respeito não só à "depressão" em si, mas também aos efeitos do próprio tratamento medicamentoso. Podemos observar, na prática clínica cotidiana, que em alguns casos específicos, sentimentos do sujeito como apatia, fadiga física e mental, pensamentos pessimistas etc. pioram ou intensificam-se mesmo sob o cuidado dos medicamentos.

Se levarmos em consideração que a perspectiva biologizante (medicamentos) pressupõe um ideal de normalidade (normatização) que desconsidera as particularidades subjetivas individuais, isto por fim só acaba por reafirmar a *alienação* do indivíduo diante de si mesmo e diante de suas próprias condições e características subjetivas que o individualizam como sujeito.

Deste ponto de vista, as perspectivas biologizantes da subjetividade têm no cenário atual uma função normatizadora que se propõe a trabalhar a dimensão do sofrimento humano predominantemente por meio de intervenções químicas.

A *alienação* do sujeito tende a se confirmar no interior do próprio tratamento que lhe é comumente oferecido de início, pois a perspectiva normatizadora do indivíduo tem como ideais os mesmos axiomas vigentes na cultura contemporânea. O evitamento da dor é a chave para a prática das performances espetaculares.

No presente trabalho utilizamos o conceito "mal-estar" ao designarmos a incompatibilidade estrutural entre sujeito e sociedade, bem como quando estivermos considerando a depressão enquanto sintoma e/ou produção social, ao passo que em relação às demais categorias de afetos aversivos que também, não necessariamente, compõem uma psicopatologia, nos remeteremos como simplesmente da ordem do *sofrimento*.

Em certo sentido, a contemporaneidade contribui para a existência dessas modalidades de "psicopatologias" e/ou "mal-estar", bem como para a alienação do sujeito, que se faz inclusive no interior de certas práticas em cuidado à saúde, em virtude do que podemos denominar, entre outras coisas, como uma "medicalização do social", embasada em uma perspectiva normatizadora sobre o sujeito.

Consideramos a "medicalização" como um dos processos característicos das estratégias de Bio-Poder (Foucault, 2001), em que as possibilidades de controle sobre a vida encontram no saber médico seu terreno mais profícuo, a saber: o controle sobre os corpos, que envolve desde regras de higiene, costumes e preceitos morais, planejamentos e organização do espaço público, normas de comportamentos, até as condutas sexuais, sociais, enfim, uma verdadeira apropriação da medicina sobre o existir humano nos mais variados sentidos. Isto porque, tal como nos demonstra Foucault (1979), a relação saber/poder é indissociável, o que implica dizermos que a produção de saber está atrelada às estratégias de intervenção no corpo social, inseparáveis que são de seus objetivos políticos de controle sobre as individualidades e a coletividade. A partir disso, ora nos remeteremos à "medicalização do social" enquanto processo de apropriação por parte do saber médico de tudo aquilo que em sua origem pertence a uma outra natureza (o que se evidencia claramente na questão dos diagnósticos), ora nos referiremos à "medicalização" no sentido medicamentoso, como a que acontece no caso das intervenções acerca da depressão na atualidade baseadas excessivamente no uso e abuso de psicofármacos.

Diante disso, do interesse bruto inicial pelo problema das depressões, que se faz tão presente nos dias de hoje, foi possível, paulatinamente, fazer um recorte nesse campo tão vasto, a fim de delimitarmos um objeto específico viável para a realização desta pesquisa.

Nesse universo dos sujeitos deprimidos que chegam para os atendimentos, alguns dados tornaram-se bastante significativos para uma melhor construção do problema e do objeto a ser investigado. Um deles diz respeito ao fato de que é raro, muito raro, um paciente qualquer chegar aos atendimentos psicológicos sem um diagnóstico formulado previamente, principalmente nessa referida situação. O contato diário com diversos casos intitulados "depressão" e as consequentes realizações de psicoterapias com esses pacientes nos levaram a considerar o fato de que, possivelmente, a maioria desses casos diz respeito a momentos de altos e baixos comuns à existência humana de uma forma geral, não necessariamente correspondendo a uma psicopatologia, especialmente levando-se em consideração os dispositivos potencializadores de sentimentos de desamparo que perpassam a vida dessas pessoas. Ou ainda, muitas vezes, nem se trata de sentimentos excessivamente penosos ou depressivos, mas, sobretudo, de sentimentos de angústia, também intrínsecos à própria condição de seres desejantes que somos.

Sendo assim, essa constatação sempre confirmada e reafirmada no cotidiano da atuação profissional nos fez reorientar o olhar sobre o *percurso* que os pacientes trilham na busca de alívio/cura de suas condições de sofrimento.

Podemos, então, considerar que, em um primeiro momento, quando o paciente busca algum tipo de atendimento para seu "mal-estar", esse indivíduo sem dúvida encontra-se fragilizado; ele, inevitavelmente, demanda "um saber" do médico que o ouve: *saber* o que ele tem – um saber sobre seu mal-estar. O paciente, assim, *transferencialmente* confere ao médico um lugar de Sujeito Suposto Saber (Lacan, 1958 [1957]; 1999): no imaginário do paciente, esse médico possui o saber sobre seu desconforto, e é isso que o indivíduo demanda, em termos de desejo, desse profissional que o ouve, porém não o *escuta,* como é muito comum.

Quando esse paciente busca, enfim, atendimento em Psicologia, o faz, sem dúvida, porque seu "mal-estar" não cessa, apesar do tratamento medicamentoso que lhe foi prescrito junto de seu diagnóstico de depressão. É assim que esse indivíduo chega até nós, psicólogos, "etiquetado" por um diagnóstico prévio e medicalizado, na maior

parte das vezes. Esse percurso do paciente nos labirintos e meandros da saúde produz o que podemos considerar como uma forma de *alienação* subjetiva (Aulagnier, 1985), ocorrendo em dois vértices simultâneos: pelo significante *depressão* (diagnóstico) vindo do *outro*, e pelos medicamentos que produzem alterações de sensações físicas e psicológicas. Alienação esta similar à alienação que o sujeito sofre no curso de seu desenvolvimento, precisamente no momento em que os símbolos passam a significar suas sensações, dando origem às representações, que é quando o sujeito passa a ser representado pelo registro simbólico – fruto de sua alienação na e pela linguagem, o que transforma a *necessidade* em *desejo* (Lacan, 1958 [1957]; 1999). Essa, então, seria a problemática do "percurso da cura" desses pacientes: o sujeito passando a (ex)-sistir subjetivamente, dada a alienação produzida por meio de um discurso *outro* (diagnóstico e medicação) nesse trajeto comum às práticas em saúde.

Vale lembrar que esse percurso concretizado nas práticas em saúde está sendo considerado aqui como um modo de *alienação subjetiva*, por conta de este ser o extremo oposto de uma proposta psicoterapêutica psicanalítica, uma vez que, ao invés de dar "um nome" para o sofrimento, um nome que identifica e aliena o sujeito, a psicoterapia visa que o paciente construa um sentido singular a sua condição e assim possa advir o sujeito do inconsciente. Nessa situação analítica, como resposta a sua demanda por saber, o indivíduo depara-se com o não saber, uma vez que o psicólogo deve posicionar-se em um lugar de vazio (em termos de desejo) nessa relação transferencial. A única coisa que o profissional deve desejar é que o paciente possa fazer-se sentido. Assim, o vazio, o não dito ou o não respondido do psicoterapeuta, cria o espaço necessário para o saber do inconsciente, espaço antes preenchido e pré-enchido pelo diagnóstico, pois este serve para o sujeito identificar-se e (ex)-sistir por trás desse significante *outro*: o diagnóstico "depressão" como o discurso do outro.

Considerando o fato de que a demanda do paciente depressivo no atendimento psicológico refere-se à cura de um "mal-estar" que insiste em exercer sua força, mesmo diante das intervenções medicamentosas tão usuais atualmente, optamos por investigar as representações

que os próprios pacientes têm acerca desses tratamentos que lhe são oferecidos. Sendo assim, questionamo-nos: que representação simbólica/subjetiva o sujeito forja para si mesmo com relação aos cuidados normatizadores que lhe são ofertados para a cura do "mal-estar" no cenário contemporâneo?

De uma forma geral, definimos o objetivo da pesquisa em compreender os significados que os pacientes atribuem a seus diagnósticos de depressão e ao tratamento que recebem na Saúde Pública. Especificamente, pretendemos analisar o percurso desses pacientes na tentativa de lidar com seus estados de "mal-estar", bem como compreender os sentimentos que emergem nesse processo relacionando-os com o tratamento medicamentoso que recebem.

Partindo do ponto de vista de que as depressões de modo geral caracterizam-se como uma das modalidades de "mal-estar" mais insistentes na atualidade, e devido à crescente demanda por atendimentos de pacientes que, mesmo recebendo tratamento medicamentoso, não obtêm êxito em seu processo de cura, torna-se relevante a pesquisa em questão. Levando-se em consideração, ainda, o fato de que a compreensão interna (*insight*) do *sujeito* acerca de si mesmo se contrapõe às variadas ideologias de normatização vigentes na cultura atual sobre a saúde dos indivíduos.

Com relação às produções acadêmicas na área, podemos perceber que a maioria dos trabalhos de pesquisa que tratam da mesma questão de interesse aqui proposta são essencialmente teóricos. Verificamos, desse modo, pesquisas que tiveram como objetivo investigar e questionar os conceitos de depressão e estudá-la, rastreando determinados percursos teóricos, bem como compreendê-la dentro do cenário social da contemporaneidade evidenciando-se, por vezes, a questão da medicalização, como, por exemplo, os estudos de Teixeira (2007), Amaral (2006), Farinha (2005), Wanderley (2000) e Fernandes (1999), sobre os quais comentaremos a seguir.

Em *Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia*, Amaral (2006) desenvolve uma crítica ao enquadramento da tristeza e do luto no âmbito da patologia, demonstrando historicamente como se lidou com a melancolia até o

aparecimento da depressão, delimitando, por fim, o campo de saber da psicanálise com relação ao tema na contemporaneidade.

O trabalho de Farinha (2005), *A depressão na atualidade: um estudo psicanalítico*, aborda a questão da depressão na atualidade sob o prisma psicanalítico de Freud e Lacan. A autora propõe uma reflexão teórica acerca de temas como a banalização do conceito de depressão, o não reconhecimento desta como uma entidade clínica, a medicação sobre a depressão, a queda da lei simbólica, o privilégio do gozo em detrimento do desejo e, por fim, discute o tratamento desse mal pela psicanálise.

Em *A distimia e a construção do indivíduo insuficiente: um estudo sobre a depressão na contemporaneidade*, Wanderley (2000) parte do conceito de distimia como exemplo maior das versões contextualistas sobre a depressão na contemporaneidade. O autor evidencia as afinidades existentes entre os dois tipos clínicos – a distimia e a personalidade narcísica – e ainda um tipo cultural – o indivíduo pós-moderno –, enfatizando as transformações normativas que parecem favorecer a emergência dos quadros depressivos de baixa intensidade.

Fernandes (1999), em *Um furo no psiquismo: melancolia-depressão*, realiza um estudo teórico acerca da depressão-melancolia partindo das teorias metapsicológicas freudianas, ponderando o desenvolvimento histórico das classificações nosográficas em psicopatologia, concluindo, acerca do tema, duas hipóteses: o furo no psiquismo como perda do *eu*, e a perda do *eu* como reedição de uma perda fundamental – a perda da mãe.

O estudo de Teixeira (2007), intitulado *A concepção freudiana de melancolia: elementos para uma metapsicologia para os estados de mente melancólicos*, é uma pesquisa teórica com base na metapsicologia freudiana a fim de compreender o que a psicanálise tem a dizer sobre o tema, concluindo, por fim, que o estudo da melancolia conduz inevitavelmente ao estudo da formação do psiquismo de forma geral, formulando a concepção de "estado de mente melancólico" presente mesmo no funcionamento não patológico do psiquismo.

Entre outras pesquisas que se propuseram a realizar *estudos de casos* utilizando-se do método clínico, destacamos a de Siqueira (2006), *A depressão e o desejo em psicanálise*, pesquisa na qual a autora trabalha com o estudo de um caso clínico: um paciente do sexo feminino, idosa

apresentando queixa de depressão. A autora utiliza-se do caso atendido para propor uma reflexão acerca da depressão do ponto de vista da psicanálise, investigando a questão do fenômeno ou estrutura depressiva, seguida da reflexão acerca da compreensão psiquiátrica da depressão em contraposição à psicanalítica, permeando a problemática de depressão na velhice, e finaliza compreendendo a depressão como "covardia moral", segundo Lacan (apud Siqueira, 2006), configurando também um posicionamento do sujeito em oposição ao discurso capitalista vigente.

Finalmente, apresentamos o estudo de Peret (2003), *A depressão na clínica lacaniana: um estudo de caso*, trabalho em que a autora utiliza-se de dois casos clínicos atendidos em âmbito particular para refletir sobre a questão da depressão pelo viés da psicanálise em Freud e Lacan. Por meio de seu estudo, foi possível observar que os depressivos desinvestem libidinalmente os objetos, inibem e abandonam suas necessidades e vontades, tornando-se ensimesmados. O estudo de casos revelou em um deles o funcionamento de uma estrutura neurótica, ao passo que no outro, devido à falta de mediação simbólica e à passividade ante a tirania do superego assumindo para si culpas e castigos, verificou-se uma estrutura psicótica. Segundo a autora, o estudo permitiu entender que a depressão é um não saber-fazer com as circunstâncias que a própria vida impõe, e que o dilema humano situa-se em ser um ser de desejo, pagando o preço por meio da depressão, pela fuga do exercer suas próprias escolhas.

Conforme as pesquisas citadas, podemos perceber que muito tem sido estudado, produzido e pensado sobre a questão da depressão na contemporaneidade, contudo, não foi encontrada nenhuma pesquisa que tivesse como objetivos principais trabalhar especificamente com as representações que os próprios sujeitos "depressivos" constroem em psicoterapia sobre os efeitos do diagnóstico e dos tratamentos medicamentosos que recebem, bem como o impacto destes nas subjetividades de tais indivíduos. Por conta disso, se fez pertinente a proposta de pesquisa em questão, bem como se torna relevante a realização desta para as práticas psicológicas e o próprio desenvolvimento da profissão.

A pesquisa foi realizada utilizando-se de uma metodologia *qualitativa*, uma vez que os dados a serem obtidos referem-se a questões

essencialmente subjetivas dos próprios pacientes. O material utilizado para a pesquisa foi obtido por meio de *fragmentos de sessões clínicas* constituídos com base nas reminiscências do próprio pesquisador, levando-se em consideração, para isso, todo o período de experiência profissional em Saúde Pública (de fevereiro de 2005 até o momento) realizando atendimentos clínicos em Psicologia. Considerando que em nossa atuação profissional o contato com tal objeto de estudo e problemática específica foi sempre constante, optamos por trabalhar com *fragmentos* baseados nas *próprias reminiscências* do pesquisador. Entendendo que esse acúmulo de experiências e coexperiências compartilhadas (paciente-psicoterapeuta) cotidianamente no trato dessa questão prescinde de uma metodologia que vise objetivar a reprodução literal de conteúdos clínicos, na apresentação dos fragmentos clínicos utilizamos nomes fictícios, resguardando o caráter ético da pesquisa.

Os pacientes que buscam e/ou são encaminhados ao serviço de Psicologia passam, primeiramente, por uma entrevista inicial e, posteriormente, após haverem aguardado por uma vaga de atendimento segundo critérios baseados em urgência, se inicia de fato o trabalho clínico. Os atendimentos são realizados com a frequência padrão de uma sessão por semana, salvo casos de maior gravidade em que, de acordo com os princípios técnicos e éticos, podem ser realizadas mais sessões no mesmo período. Alguns casos submetem-se à modalidade de psicoterapia breve, ao passo que outros se prolongam por um período de tempo maior, como os diagnosticados como "depressão", por exemplo, não pelo diagnóstico em si, mas pelas condições de desamparo que geralmente tais pacientes apresentam. Desta forma, o material utilizado (fragmentos clínicos) emerge diretamente do encontro do psicólogo com o paciente, seja durante os próprios atendimentos, seja ainda nas entrevistas iniciais. O interesse pelo material analisado se debruça sobre os significados subjetivos dos pacientes, bem como sobre o que esses discursos podem representar e significar qualitativamente, levando-se em consideração as problemáticas suscitadas.

Como exposto anteriormente, o interesse pela problemática nasceu do exercício profissional na prática clínica em Saúde Pública e, desta forma, o *método clínico psicanalítico* sustentou a viabilização da pes-

quisa. As sessões de psicoterapia são realizadas semanalmente com os pacientes em questão em um Centro de Saúde (CS-III) de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Para o desenvolvimento do assunto proposto, ressaltamos que esta dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, propomos uma reflexão sobre determinados fenômenos socioculturais da atualidade compreendida como "Pós-Modernidade", com o intuito de delimitarmos a contemporaneidade como condição de possibilidade para uma maior incidência dos sentimentos depressivos de uma forma geral. Já no segundo capítulo, tratamos da questão da depressão propriamente dita, entendendo-a do ponto de vista clínico bem como a articulando com algumas questões discutidas no capítulo anterior. No terceiro capítulo, contextualizamos a rede de serviços específicos da Saúde Pública na qual estamos inseridos profissionalmente, evidenciando a relação dos demais dispositivos ao serviço de psicologia clínica, bem como trazemos a descrição do percurso comum e da demanda clínica dos pacientes "depressivos". No quarto e último capítulo, realizamos a apresentação dos *fragmentos clínicos*, seguidos das devidas reflexões e considerações finais, as quais nos conduziram a compreender o processo de medicalização da depressão, nos casos específicos apresentados, como uma prática exacerbadamente difundida na atualidade e que resulta em uma nociva perpetuação do "mal-estar" – configurando-o como "depressão" – devido ao seu semblante aparente, fruto do silenciar pulsional e simbólico promovido.

1
Contemporaneidade e "mal-estar"

Cada época possui suas características peculiares. Estas, por sua vez, são sempre determinadas por condições de possibilidades específicas de seu tempo. Da mesma forma, nossa atualidade apresenta registros socioculturais e simbólicos que emergem das condições e possibilidades atuais e que permitem constituírem-se determinados tipos de configurações políticas, sociais e culturais vigentes em nossos dias.

Em todos os períodos da História, o homem produziu determinados sistemas de valores, regras sociais, padrões de condutas e comportamentos, ética, tendências culturais, leis etc., como também, em consequência desses dispositivos pertencentes ao seu tempo, produziram-se determinadas formas de subjetividade, tanto individuais quanto sociais/coletivas.

A atualidade nos apresenta um colorido próprio e bem característico que se diferencia singularmente das épocas antecessoras, um caleidoscópio formado pela confluência e fusão de múltiplas e desordenadas pinceladas na tela de nosso tempo. Esse é o cenário e o pano de fundo de onde se desvelam os dramas individuais e coletivos característicos de nosso tempo, em que os indivíduos posicionam-se de maneira peculiar no espaço de sociabilidade, desenhando, assim, um autorretrato de nossos dias. A cena social *pós-moderna* e *espetacular* nos proporciona um verdadeiro banquete de possibilidades infinitas,

onde desfrutar da maior gama de possibilidades tornou-se um atributo estimulado e, por que não dizer, produzido em nossos dias.

Diante das novas configurações socioculturais vigentes, os indivíduos exercem estilos de existência possíveis, algumas vezes em consonância com os trâmites da sociedade e do discurso social atual, outras se apresentando aquém ou além deste (dependendo do ponto de vista), ambos caracterizando estilos de performances e modos de subjetivação específicos da atualidade.

Pós-Modernidade, cultura e subjetivação

Se a gente falasse menos talvez
compreendesse mais,
Teatro, boate, cinema, qualquer
prazer não satisfaz,
Palavra, figura diz quanto, quanto
na terra tento descansar,
O tudo que se tem não representa nada,
Tá na cara que o jovem tem
seu automóvel,
O tudo que se tem não representa tudo,
O pouco conteúdo é consideração.
(Luiz Melodia)

É na passagem da Modernidade para a nossa atualidade pós-moderna (Bauman, 1998) que podemos perceber com mais clareza todas as nuances e sutilezas produtoras de "mal-estar" a que estamos submetidos no nosso cotidiano. O conceito de "mal-estar" a que nos referimos aqui diz respeito ao formulado por Freud (1930; 1992), quando este reconhece o homem ocupando um lugar de eterna incompatibilidade entre suas necessidades individuais frente às exigências sociais e culturais. Em nossa atualidade isto não é diferente e, de qualquer maneira, estamos expostos a condições específicas que nos colocam diante do mesmo sentimento de "mal-estar" que outrora foi formulado por Freud, contudo, sob circunstâncias específicas bem características de nosso tempo.

São tempos em que inclusive o próprio tempo tornou-se algo efêmero e impreciso, em virtude da velocidade dos acontecimentos e da multiplicidade de possibilidades que se oferecem aos nossos olhos.

Nossa atualidade caracteriza-se principalmente, entre outras coisas, pela sensação de liberdade individual plena, tão sonhada durante tanto tempo. Liberdade esta que no momento presente mostra-se carente de referenciais sólidos, tornando cada vez mais difícil a visualização de um ponto norteador, algo que indique uma coisa semelhante a um sentimento de certeza para o sujeito em suas escolhas. Nessa perspectiva, a Pós-Modernidade oferta aos indivíduos uma liberdade aparente à custa de um sentimento de insegurança generalizada, e dessa forma os mal-estares pós-modernos vão se caracterizando pela liberdade fluida, e não pela opressão e repressão de outrora. Se anteriormente as tradições e tabus aprisionavam os indivíduos, castrando-os assim de suas possibilidades, hoje, diante da tão sonhada liberdade individual, o sujeito pode desfrutar dessa nova condição, contudo, não sem algum custo. A liberdade individual em busca da felicidade e de toda possibilidade de prazer concretiza-se ao preço de um sentimento avassalador de insegurança, uma vez que nada é garantido, nada é definitivo e sólido como foi alguma vez em épocas anteriores. "Os mal-estares, aflições e ansiedades típicos do mundo pós-moderno resultam do gênero de sociedade que oferece cada vez mais liberdade individual ao preço de cada vez menos segurança" (Bauman, p.156).

Diante disto, o cenário que se forja independe dos esforços individuais para se conquistar algo semelhante a um sentimento de certeza e segurança: a própria configuração sociocultural que se delineia nos dias atuais é a precondição para uma vivência em desamparo. Desamparo este no sentido de que carecemos de referências sólidas de identificação, uma vez que se tornou impossível fixar-se a um determinado tipo de identidade em um cenário em que a transitoriedade dos referenciais é perpétua e contínua.

A conjuntura do cenário contemporâneo pressupõe um movimento incessante, em que nenhuma possibilidade de fixidez se faz viável, ao preço de que fixar-se e/ou identificar-se significa perder, alhures, novas oportunidades e possibilidades que se fazem presentes no ver-

tiginoso movimento da contemporaneidade. Uma dita possibilidade de "estabilidade", em todos os sentidos, tornou-se algo raro e escasso no mundo, e a transitoriedade de possibilidades abre um vasto leque de afazeres e atuações para os indivíduos, em todas as esferas de sua existência, tanto individual quanto social/coletiva. As multipossibilidades estão escancaradas diante de nossas faces, ofertando-se sempre como bens de consumo, seja na esfera profissional, seja na amorosa, cultural, religiosa e até na ideológica. "A escolha racional na era da instantaneidade significa *buscar a gratificação evitando as consequências*, e particularmente as responsabilidades que essas consequências podem implicar" (idem, 2001, p.148).

Na corrida do sujeito para ascender em sua vida particular e social (ascensão esta que sempre visa à realização de um desejo de "felicidade" e "bem-estar"), esse percurso para se chegar a tal fim se mostra tortuoso e incerto a cada passo que se dá em direção ao objetivo almejado. No meio do caminho, deparamo-nos com desvios impostos pela própria dinâmica do cenário contemporâneo, dada a instabilidade brutal das circunstâncias atuais. No mesmo momento em que se conquista algo, logo se está sujeito a perdê-lo, uma vez que não nos beneficiamos de nenhuma garantia de que as conquistas sejam eternas ou ao menos duradouras. Desta forma, a *incerteza* é um sentimento que se faz permanente, que habita o sujeito em todos seus movimentos, e não algo passageiro que se evidenciaria apenas em determinadas situações ou circunstâncias específicas, mas um sentimento que se tornou genuíno no homem contemporâneo, dada a instabilidade dos referenciais na atualidade.

Diante das infinitas possibilidades e ofertas de todos os tipos que se apresentam, a tarefa de escolher torna-se um fardo angustiante, em virtude do excesso fulminante de alternativas e possibilidades que aparecem. O momento da escolha é então um outro vértice das condições propiciadoras de "mal-estar" aos sujeitos na atualidade. A *dúvida* passa a ser um sentimento perpétuo, pois feita determinada escolha, não se sabe se a opção foi de fato a mais acertada, dada a infinidade de possibilidades à disposição de todos.

O discurso social, veiculado pelos meios de comunicação midiáticos, transmite uma mensagem simbólica e representativa de toda maleabili-

dade possível, bem como desenha a caricatura de um mundo permeado pela indeterminação em que tudo pode acontecer o tempo todo.

> A instantaneidade (anulação da resistência do espaço e liquefação da materialidade dos objetos) faz com que cada momento pareça ter capacidade infinita; e a capacidade infinita significa que não há limites ao que pode ser extraído de qualquer momento – por mais breve e fugaz que seja. (idem, p.145)

A própria "cadência do samba" dos dias de hoje pressupõe em seu ritmo de execução conquistas pouco duradouras e com nenhum atributo de garantia eterna. Dessa forma, pode-se aguardar ansiosamente a próxima aquisição ou a tão atraente nova possibilidade, embora ainda se tenha em mãos a conquista anterior e mesmo que ainda não se tenha colhido devidamente os frutos desta. Até os próprios prazeres advindos dessas conquistas tornaram-se diferenciados, uma vez que a satisfação, outrora proporcionada pela aquisição de algo que há muito se sonhou e se buscou, agora passa a ser o gosto pela *quantidade* de conquistas acumuladas seguidas de suas sucessivas perdas. Uma coleção de vitórias-relâmpago e parciais se configura como um ideal, em um cenário em que a novidade se esvai antes mesmo de amadurecer. Pouquíssimo tempo se tem para desfrutar de alguma vantagem sobre o que se obtém: os empregos não são mais sinônimos de garantia e estabilidade, a permanência naqueles depende da atualização profissional em tempo recorde, ao mesmo tempo em que nem a permanência definitiva passa a ser tão almejada, haja vista a gama de possibilidades que se perde tornando-se fidedigno a uma única função, por exemplo.

A atualidade, com seus trâmites simbólicos e seus dispositivos intrínsecos, exige do indivíduo performances sucessivas, tendo estas a característica principal da valorização de uma *capacidade de desligar-se* de tudo que se apresenta como duradouro e sólido: este é o ponto principal do estilo de existência estimulada pela Pós-Modernidade. A *velocidade* com que as coisas acontecem em um mundo em que as fronteiras deixaram de existir, somada à distância que se tornou nula por conta dos avanços das tecnologias da internet, demanda do sujeito

sempre uma leveza em seus movimentos, a fim de torná-los tão rápidos quanto a evolução das possibilidades.

> Nesse mundo, poucas coisas são predeterminadas, e menos ainda irrevogáveis. Poucas derrotas são definitivas, pouquíssimos contratempos, irreversíveis; mas nenhuma vitória é tampouco final. Para que as possibilidades continuem infinitas, nenhuma deve ser capaz de petrificar-se em realidade para sempre. Melhor que permaneçam líquidas e fluidas e tenham "data de validade", caso contrário, poderiam excluir as oportunidades remanescentes e abortar o embrião da próxima aventura. (idem, p.74)

A nova configuração de tempo e espaço, forjada nos dias de hoje, liquida a possibilidade de cristalizar-se um passado histórico, em virtude da efêmera instantaneidade dos acontecimentos, valorizando, desse modo, um presente contínuo e fugaz, em que não existem condições de perpetuar coisa alguma. Nenhuma obra de arte é capaz de eternizar-se no tempo como acontecia em outras épocas, nenhuma música permanecerá significativa e se tornará um clássico nos dias atuais, por exemplo. Em um mundo em que tudo pode ser copiado e posteriormente modificado, adequado e adestrado, conforme necessidades das mais variadas ordens, o momento seguinte da criação sujeita a obra a mutilações de todas as formas. Uma música que se tornará conhecida não escapará em pouco tempo de ser remixada para poder ser executada em ambientes alheios a sua origem (pistas de dança e festas *raves*, por exemplo), demolindo o que lhe existia de singular e original. A própria originalidade tornou-se algo cada vez mais difícil de se concretizar, especialmente em uma configuração sociocultural em que a sensação de que tudo já foi feito e inventado se faz tão presente. O fim das utopias indica a incredulidade humana no potencial criativo e transformador. Dessa maneira, os ídolos foram derrubados e os novos referenciais surgem e desaparecem antes de serem vivenciados significativamente. Assim, a possibilidade de fazer e fazer-se sentido, produzindo significados genuínos, nos dias atuais, torna-se obsoleta. Toda forma de produção artística e cultural estará sujeita ao processo de globalização, descaracterizando suas qualidades singulares e regionais

no globo terrestre, o que antes poderia diferenciá-la e dar-lhe certa identidade autêntica. Todas as produções no cenário pós-moderno nascem da miscelânea produzida pelos entrecruzamentos representativos e simbólicos, os quais estão cada vez mais vazios de significados devido a sua ascensão e queda meteóricas.

> Nada pode ser conhecido com segurança e qualquer coisa que seja conhecida pode ser conhecida de um modo diferente – um modo de conhecer é tão bom, ou tão ruim (e certamente tão volátil e precário) quanto qualquer outro. Apostar, agora, é a regra onde a certeza, outrora, era procurada, ao mesmo tempo que arriscar-se toma o lugar da teimosa busca de objetivos. Desse modo, há pouca coisa, no mundo, que se possa considerar sólida e digna de confiança, nada que lembre uma vigorosa tela em que se pudesse tecer o itinerário da vida de uma pessoa. (idem, 1998, p.36)

Deste modo, toda atuação do sujeito passa a ser uma sequência de aventuras, sempre cambiantes e incertas, em busca de algo que se faz necessário e vital em um curto período de tempo representado em sua vida. Um presente fracionado que tão logo se tornará passado, com prazos de validade determinados pelas sucessivas sequências de novos objetos e objetivos vindouros na esteira do ritmo de vida pós-moderno.

Lançar-se no vasto leque de possibilidades infinitas, no desfiladeiro das imprevisibilidades e encruzilhadas, substitui, hoje em dia, a antiga *performance* que se realizava pela busca de metas e realizações de projetos pessoais.

Permeados que somos por um cenário marcado decisivamente por indeterminações constantes, as possibilidades de se investir em projetos de longo prazo tornaram-se praticamente nulas.

O ser humano é constituído de projetos, sejam estes conscientes ou inconscientes, e a capacidade de antevermos nossas ações no futuro sempre nos legou à possibilidade de visualizar nosso devir ao longo do tempo. Sendo assim, é característica do homem a necessidade de construir projetos sobre sua própria existência, os quais sempre lhe serviram de ponto norteador e bússola rumo à realização de seus ideais

almejados. Todos os projetos demandam tempo para serem efetivados e realizados, a própria construção subjetiva daqueles necessita de um período fecundo para sua constituição simbólica e representativa, bem como para sua possível realização e concretização. Mas o fato é que atualmente as condições características do mundo internetizado e sem fronteiras, em que o passado é rapidamente esquecido e o presente efêmero é o que importa em primeira instância, acabaram por podar consideravelmente as possibilidades de projetarem-se ambições para um futuro a médio e longo prazo. Por esta via, os projetos pessoais deixam de fazer sentido, uma vez que o tempo valorizado por nossa cultura atual não nos permite pensar em prazos longínquos. O tempo de realização das atividades, bem como das mais variadas conquistas que os indivíduos podem adquirir, não permite que tais realizações amadureçam a ponto de tornarem-se significativas em um sentido subjetivo. Assim, a possibilidade de experienciar, viver a experiência de fato das coisas e dos acontecimentos, é retirada do sujeito em tempos demasiadamente acelerados.

> Num mundo em que coisas deliberadamente instáveis são a matéria-prima das identidades, que são necessariamente instáveis, é preciso estar constantemente em alerta; mas acima de tudo é preciso manter a própria flexibilidade e a velocidade de reajuste em relação aos padrões cambiantes do mundo lá fora. (idem, 2001, p.100)

Assim, toda maleabilidade demandada dos indivíduos não cria mais as precondições para que se solidifiquem determinados projetos e modos de ser e estar no mundo. Da mesma forma, ao contrário do que ocorria em épocas passadas, em que a busca do sujeito por firmar-se a uma identidade, algo que lhe identificasse singularmente e, desta forma, lhe fosse possível conquistar um reconhecimento único diante dos outros, hoje em dia, a cristalização de tal identidade tornou-se praticamente impossível e, de fato, até indesejada. Em meio aos múltiplos, confusos e desordenados referenciais, que em si não garantem qualquer possibilidade de reconhecimento vitalício, o sujeito passa a evitar identificações sólidas, ao passo que sua ascensão no cenário

espetacular (Debórd, 1997) depende justamente de sua capacidade de assumir várias identidades, cada qual eficaz em um determinado momento específico da cena social. É no cenário concebido como espetáculo que a *performance* exibicionista dos sujeitos visa ao reconhecimento contínuo de seus espectadores, e para isso paga-se o preço das identidades fluidas e vazias de sentido e significado.

O indivíduo deve estar a todo momento preparado para o que há por vir, sem poder apegar-se demasiadamente ao passado, pois no mundo contemporâneo não existe lugar possível para saudosismos de um passado que se esvai com facilidade. O desapego pela ambição de eternizar projetos e relacionamentos é precondição para poder acompanhar o curso da sociedade contemporânea. Não se estender em atividades duradouras, manter-se leve diante do peso dos acontecimentos para que se possa, com facilidade, abandonar determinada posição a fim de usufruir de novas possibilidades. Esta é a postura exigida dos indivíduos em uma sociedade de referenciais descartáveis e supérfluos em termos de durabilidade.

> Manter o jogo curto significa tomar cuidado com os compromissos a longo prazo. Recusar-se a fixar-se de uma forma ou de outra. Não se prender a um lugar, por mais agradável que a escala presente possa parecer. Não se ligar a vida a uma vocação apenas. Não jurar coerência e lealdade a nada ou a ninguém. [...] Proibir o passado de se relacionar com o presente. Em suma, cortar o presente nas duas extremidades, separar o presente da história. Abolir o tempo em qualquer outra forma que não a de um ajuntamento solto, ou uma sequência arbitrária, de momentos presentes: aplanar o frouxo do tempo num *presente contínuo*. (Bauman, 1998, p.113)

Toda a instabilidade produzida na atualidade, em virtude da noção de tempo predominante (o presente efêmero e fugaz), somada à diminuição do espaço de um mundo virtual sem fronteiras, desloca o sujeito de um centro norteador e o lança em um espectro de expectativas futuras, de modo constante, que o impele a uma postura de alerta a todo momento.

Frente à irrelevância do espaço, fruto da aniquilação do tempo, as possibilidades subjetivas de experimentar o mundo em condições

de internalizá-lo, de tornar os dados do mundo representantes simbólicos de conteúdos individuais, e dessa forma dar *significados* às experiências vividas, tornam-se praticamente impossíveis. Em outras palavras, o tempo da contemporaneidade não favorece a subjetivação das experiências, produzindo, assim, sujeitos vazios de significados e referenciais de identificação.

> [...] atualmente, o problema da identidade resulta principalmente da dificuldade de se manter fiel a qualquer identidade por muito tempo, da virtual impossibilidade de achar uma forma de expressão de identidade que tenha boa probabilidade de reconhecimento vitalício, e a resultante necessidade de não adotar nenhuma atividade com excessiva firmeza, a fim de poder abandoná-la de uma hora para outra, se for preciso. [...] tudo isso revertendo à central e mais dolorosa das ansiedades: a que se relaciona com a instabilidade da identidade da própria pessoa e a ausência de pontos de referência duradouros, fidedignos e sólidos que contribuiriam para tornar a identidade mais estável e segura. (idem, p.155)

Podemos perceber que no mundo como nos é apresentado hoje, em que as coisas materiais, os bens de consumo, as produções culturais, as diretrizes políticas e culturais, todas se mostrando leves e incertas, a tarefa do sujeito em se adequar a esse movimento perpétuo é árdua e lhe custa abdicar de toda e qualquer possibilidade de segurança. A insegurança cíclica tornou-se o peso do homem contemporâneo, que desfruta desenfreadamente do presente instantâneo e evita, assim, consequências duradouras e sólidas que possam repercutir no tempo. Como Freud (1930; 1992) apontou em sua metapsicologia, é na defesa contra o sofrimento e o desprazer que habita o próprio sofrimento e "mal-estar" em si. Na atualidade, todas essas *performances* atribuídas ao sujeito contemporâneo (estas como respostas existenciais às demandas socioculturais de nossos dias) causam seu próprio sofrimento.

Se por um lado toda maleabilidade e leveza do sujeito garantem-no na participação do cenário atual, por outro lado os indivíduos padecem das consequências desses modos de ser e estar no mundo. Se conseguimos acompanhar as exigências das demandas do discurso social, isto

não se faz sem nenhuma quota de sofrimento, e este reside justamente na concretização de um mero *gozo* alcançado por tais posicionamentos, entre outras coisas; realização de um gozo na medida em que tudo parece ser possível e realizável sem maiores impedimentos internos ou externos. O momento seguinte às conquistas-relâmpago é o *sentimento de vazio* e incompletude eterna, mesclado de indiferença e "mal-estar" que se concretizam na própria dinâmica do funcionamento espetacular de nosso cenário social.

Diante das estruturas, ou (des)estruturas, e dispositivos pós-modernos, o sujeito permanece deslizando em *performances* sempre titubeantes e incertas, vivenciando nessa dialética o mais intenso sentimento de desamparo e insegurança. A realização de pequenos e fugazes prazeres (sempre que possíveis) torna-se um ímpeto aos indivíduos, e ao contrário do que poderia se pensar, presenteia-os com as sensações eternas de *tédio*, *insatisfação* e "*mal-estar*" típicos de nossa atualidade.

A cena social (ou o palco) do espetáculo

... o mensageiro do sonho, nesse terreno
que treme
Da magra mão estendida, da paixão
que grita e geme
Das curvas do firmamento, da claridade
da lua
Solidão do mundo novo, a batucada
na rua...
O espetáculo não pode parar!
Quando a dor se aproxima fazendo
eu perder a calma
Passo uma esponja de rima nos ferimentos
da alma
O espetáculo não pode parar!
(Cordel do Fogo Encantado)

Na canção "O espetáculo", mencionada aqui de forma ilustrativa, o personagem identificado na letra é um palhaço, que, em meio a seu

espetáculo, se esforça para calar suas aflições e angústias, a fim de dar continuidade ininterruptamente a sua exibição diante de seus curiosos espectadores. Esse personagem, bem como sua postura diante da plateia, e a própria plateia representam dramaticamente cada um de nós diante da cena social forjada em nossa atualidade.

Debórd (1997) definiu sabiamente nossa sociedade contemporânea como uma genuína "sociedade do espetáculo". De 1967[1] para cá, suas considerações tornaram-se demasiadamente atuais, demonstrando sua brilhante capacidade intuitiva e crítica no momento em que pôde antever o desdobramento sócio-político-cultural do século XXI.

A contemporaneidade, regida sob as égides do capitalismo e do consumismo exacerbado, tem em suas mercadorias e produtos a matéria-prima para a criação e produção das condições espetaculares.

Basicamente, o cenário concebido como espetáculo diz respeito a um espaço de sociabilidade, em que os indivíduos utilizam-se dos "artefatos" disponíveis no mercado capitalista para elevarem-se a uma posição em que possam, ou imaginam poder, ser sempre reconhecidos pelo(s) outro(s). A produção frenética dos bens de consumo convoca os indivíduos a ocupar um lugar que representa determinado *status* e que se concretiza na rápida aquisição e no subsequente abandono dos signos fálicos (objetos de desejo) na sociedade pós-moderna. A sucessiva substituição desses bens pouco duráveis é o que garante o "sucesso" dos sujeitos.

A própria finalidade do "palco social" é não permitir um fim ao desejo dos consumidores, produzindo uma insaciabilidade contínua, mantendo-se, desse modo, o eterno retorno do consumo espetacular. "No espetáculo, imagem da economia reinante, o fim não é nada, o desenrolar é tudo. O espetáculo não deseja chegar a nada que não seja ele mesmo" (idem, p.17).

Como dissemos, os produtos e acessórios fabricados e expostos desenfreadamente nas vitrines, que aguardam o apetite voraz e insaciável dos consumidores, servem como adereços a serem ostentados pelos atores no espetáculo.

---

1 Ano de publicação de *Sociedade do espetáculo*, de Guy Debórd.

> Ostensivamente, os espetáculos existem para dar vazão à agitação dos "eus íntimos" que lutam para se expor; de fato, são os veículos da sociedade de consumo de uma "educação sentimental": expõem e carimbam com a aceitação pública o anseio por estados emotivos e suas expressões com os quais serão tecidas as "identidades inteiramente pessoais". (Bauman, 2001, p.102)

Nesse sentido, podemos identificar na dinâmica da cena contemporânea um *narcisismo* propriamente dito, expressando-se por meio do exibicionismo – o narcisismo dos indivíduos como mola propulsora das performances espetaculares. A sociedade do espetáculo pressupõe uma cultura essencialmente narcisista, na qual o *eu* deve a todo instante se expor ao outro, demandando sempre seu reconhecimento e aceitação. Desta forma, os indivíduos executam uma *performance* das aparências, em que a exterioridade apresentada de forma estética tenta capturar os olhares dos espectadores. Na atualidade, todos desejam seus "15 minutos de fama", em que poderão (a)parecer na cena social e, consequentemente, ter suas necessidades narcísicas alimentadas pelas atenções voltadas em sua direção.

O cenário espetacular convida a todos para ascender ao palco do exibicionismo pós-moderno. As condições são criadas a todo instante, instigadas pelo discurso social que prioriza as personalidades capazes de se exporem à coletividade, os exibicionistas "descolados" de nossa atualidade, aqueles que não se inibem diante do público ávido por *performances* desinibidas e extrovertidas. O outro social – esse que se constitui pelo discurso midiático incluindo em sua mensagem as categorias de valorações forjadas na atualidade, constituídas de padrões alheios às próprias personalidades individuais –, este discurso vigente demanda sempre do indivíduo uma versatilidade e uma incapacidade de se ruborizar diante da repercussão de sua exibição na cena social.

> Qualquer um pode aparecer no espetáculo para exibir-se publicamente [...]. Quando a posse de um "*status midiático*" assume importância muitíssimo maior que o valor daquilo que se foi capaz de fazer realmente, é normal que esse *status* seja transferível com facilidade e confira o direito de brilhar, de modo idêntico, em qualquer lugar. (Debórd, 1997, p.174)

Desta forma, o (a)parecer na cena social tornou-se questão de sobrevivência para as individualidades, dada a primazia que é relegada a tais performances nos dias atuais. (A)parecer, no cenário social, em ambos os sentidos que a escrita da palavra pode significar neste contexto, ou seja, *aparecer* diante da massa com toda potência dos atributos do exibicionismo, ao mesmo tempo em que essa aparição, no máximo, faz-se por apenas *parecer* (parecer-se, assemelhar-se) uma determinada imagem idealizada, parecer-se com algo ou alguém.

No início do capitalismo, a dialética subjetiva dos indivíduos consistia em uma degradação do *ser* para o *ter*. O sucesso naquele momento específico, bem como as realizações e conquistas satisfatórias para o ego, dependia de *quanto* poderia acumular-se em bens e dinheiro. Ter posses que representassem sua riqueza capital era o que movia os indivíduos em termos de dinâmicas subjetivas na sociabilidade daquela época, enquanto hoje em dia, *ter* já não representa muito se isto de fato não servir para a aparição diante do cenário espetacular. Temos então, na atualidade, um deslizamento do *ter* para o *parecer* ou *(a)parecer* diante do espaço social e, neste sentido, toda realidade individual torna-se social.

> O que está ocorrendo não é simplesmente outra renegociação da fronteira notoriamente móvel entre o privado e o público. O que parece estar em jogo é uma redefinição da esfera pública como um palco em que dramas privados são encenados, publicamente expostos e publicamente assistidos. (Bauman, 2001, p.83)

É fácil percebermos como as exibições tornaram-se performances excessivamente estimuladas e valorizadas nos dias de hoje, haja vista os tantos programas de *reality shows*, por exemplo, além de toda a variabilidade possível de relacionamentos viabilizados pela internet, onde o espaço de sociabilidade é forjado da maneira que o indivíduo quiser, entre outros exemplos. Tanto na rede virtual quanto nos programas televisivos mencionados, o que está em evidência são sempre o desfile e a exibição das personalidades. Nesse cenário, o exibicionismo, produto da cultura narcisista vigente, encontra seu

palco de apresentação e reconhecimento, exercendo uma *performance* das aparências e das imagens.

O espetáculo produz signos representados por imagens, imagens estas idealizadas pelos espectadores que sempre demandam mais e mais signos que passam a servir de símbolos identificatórios em um curto período de tempo. No momento seguinte, como "o espetáculo não pode parar", outros símbolos serão apresentados diante de nossos olhos, outros objetos de desejo se constituirão por meio da produção de pseudonecessidades concebidas na atualidade espetacular. Em uma cultura em que a aparência é fundamental, a produção de imagens espetaculares garante a fidelidade do público ao espetáculo. "Considerado de acordo com seus próprios termos, o espetáculo é a *afirmação* da aparência e a afirmação de toda vida humana – isto é, social – como simples aparência" (Debórd, 1997, p.16).

> Esse corpo de lama que tu vê é apenas a imagem que sou. (Science & Zumbi, 1996)

Por outro lado, um espetáculo depende de espectadores para seu sucesso, e que aqueles se deliciem com as apresentações, uma plateia que presenteie seus protagonistas com aplausos e reconhecimento.

Nós todos estamos, enquanto individualidades, em convívio dialético com a coletividade e o social, sempre personificando atitudes e posturas subjetivas diferentes que se mesclam constantemente, ao passo que somos inseridos no corpo social sempre nas duas condições: como plateia/espectadores e como personagem protagonista de algum episódio relâmpago de nossa existência particular exposta socialmente.

Neste sentido, todos somos atores e espectadores da *sociedade do espetáculo*, quer queiramos quer não. "A realidade surge no espetáculo, e o espetáculo é real. Essa alienação recíproca é a essência e a base da sociedade existente" (Debórd, 1997, p.15).

Para o espectador, o espetáculo é hipnótico. Considerando que o cenário espetacular da atualidade forja-se da matéria-prima das condições pós-modernas, ou seja, a velocidade, instantaneidade e fugacidade dos fatos principalmente, então temos sujeitos que, na

turbulência das imagens espetaculares, buscam incessantemente por identificações. Os signos produzidos na sequência estonteante do ritmo da atualidade convocam os sujeitos a uma completa "passividade subjetiva", pela qual, como espectadores, somos alienados de nossas reais necessidades e desejos. Os espectadores tornam-se incapazes de julgar, avaliar e criticar qualquer coisa que seja, pois isso requer um tempo de contemplação impossível de se concretizar nos dias atuais. A sucessiva sequência de imagens cria as condições da alienação:

> O fluxo de imagens carrega tudo, [...] como perpétua surpresa arbitrária que não deixa nenhum tempo para a reflexão, tudo isso independente do que o espectador possa entender ou pensar. Nessa experiência concreta da submissão permanente encontra-se a raiz psicológica da adesão tão unânime ao que aí está; [...] o discurso espetacular faz calar, além do que é propriamente secreto, tudo o que não lhe convém. O que ele mostra vem sempre isolado do ambiente, do passado, das intenções, das consequências. (Debórd, p.188)

Em todos os sentidos, o espetáculo se encarrega da tarefa de dicotomizar o tempo, tornando-o um presente fugaz e efêmero, excluindo os vínculos do passado e futuro, em que a única temporalidade possível é o presente perpétuo.

> Esse vivido individual da vida cotidiana separada fica sem linguagem, sem conceito, sem acesso crítico ao seu próprio passado, não registrado em lugar algum. Ele não se comunica. É incompreendido e esquecido em proveito da falsa memória espetacular do não memorável. (idem, p.177)

O sucesso da cena espetacular consiste justamente em ludibriar o olhar dos espectadores com movimentos rápidos e sobrepostos, de forma que qualquer novidade não possa jamais se tornar velha, mas antes seja substituída por mais uma *novidade*!

Em meio aos diversos estímulos mercadológicos e ideológicos (estes subjacentes aos primeiros), os indivíduos pasmam embasbacadamente em um primitivo estado de alerta, no qual a atenção requer o desligamento de tudo que possa desconcentrar-lhe, pois participar do

espetáculo demanda estar de prontidão às novas sequências infindáveis de imagens e símbolos midiáticos.

"Nunca foi possível mentir com tão perfeita ausência de consequências. O espectador é o suposto ignorante de tudo, não merecedor de nada. Quem fica sempre olhando, para saber o que vem depois, nunca age: assim deve ser um bom espectador" (idem, p.183).

Diante desse cenário forjado em nossos dias, os indivíduos não são mais capazes de distinguir eficazmente seus próprios desejos e necessidades daquelas pseudonecessidades instigadas por um discurso outro. No momento em que determinadas necessidades tornam-se importantes socialmente, ou seja, são valorizadas como prioridades naquilo em que elas são capazes de representar em termos de signos/símbolos de *status*, o consumo de determinados produtos e estilos de (a)parecer na cena social torna-se um imperativo ao sujeito. Aderir ou atender às demandas espetaculares tem seu custo (o de abdicar de representações fixas e individuais), e tem ainda a não participação desta cultura vigente, pois não aderir ao discurso atual significa estar à margem da coletividade, não podendo ser reconhecido por esta.

No entrecruzamento das pseudonecessidades produzidas pelo espetáculo com a exibição brilhosa das imagens elevadas ao *status* de ideais a serem consumidos, o indivíduo desencontra-se de si mesmo. As pseudonecessidades são produzidas a partir do momento em que o estímulo ao consumo se faz como a ordem do dia. Na ânsia por um sentimento de pertença nesta sociedade, as individualidades apressam-se por adquirir os artefatos mais modernos do mercado, os adereços da última moda, a mais nova versão de determinado produto, tudo isso acontecendo antes mesmo das aquisições anteriores ofuscarem-se por sua própria conta. O consumo de produtos, os quais são idealizados em imagens que representam as pseudonecessidades (necessidades produzidas pelo discurso social), produz assim as condições de isolamento, o verdadeiro afastamento entre o homem e o homem.

Em última instância, o que temos é um cenário alienador para os sujeitos, no qual as constelações de imagens valorizadas por um discurso outro (social) convocam essas individualidades a vivências que não lhe dizem respeito em primeira ordem, mas que, contudo, foram

mitigadas por meio da produção das pseudonecessidades sociais. O desejo dos espectadores não se localiza em lugar algum, dado que o espetáculo baseia–se na sucessiva substituição dos símbolos de *status* no cenário contemporâneo.

> A alienação do espectador em favor do objeto contemplado (o que resulta de sua própria atividade inconsciente) se expressa assim: quanto mais ele contempla, menos vive; quanto mais aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo. Em relação ao homem que age, a exterioridade do espetáculo aparece no fato de seus próprios gestos já não serem seus, mas de um outro que os representa por ele. É por isso que o espectador não se sente em casa em lugar algum, pois o espetáculo está em toda parte. (idem, p.24)

Nesse entrelaçamento de performances, mesmo que o indivíduo recuse sua participação nesse cenário espetacular, ainda assim sua resistência ao modelo de sociedade vigente se expressará sob os mesmos axiomas da cultura dominante. O espetáculo está em toda parte, e as tentativas de escapar à cena, do mesmo modo, emergem, fazendo-se existir sob os trâmites espetaculares. Isto porque as individualidades só podem expressar-se utilizando a mesma linguagem em que se formam as culturas dominantes, mesmo que a intenção seja a não participação neste cenário da atualidade.

> O indivíduo que foi marcado pelo pensamento espetacular empobrecido, *mais do que qualquer outro elemento de sua formação*, coloca-se de antemão a serviço da ordem estabelecida, embora sua intenção subjetiva possa ser o oposto disso. Nos pontos essenciais, ele obedecerá à linguagem do espetáculo, a única que conhece, aquela que lhe ensinaram a falar. Ele pode querer repudiar essa retórica, mas vai usar a sintaxe dessa linguagem. Eis um dos aspectos mais importantes do sucesso obtido pela dominação espetacular. (idem, p.191)

A dominação espetacular é plena sobre as subjetividades individuais e/ou coletivas, ao passo que a tentativa de fuga deste regime social se

revestirá das malhas finas do próprio espetáculo, pois a cena espetacular é real e cria a seu bel-prazer a realidade vivida em nossa atualidade. Um exemplo disso é a representação que a *violência*, de uma forma geral, tem para aos espectadores nos dias de hoje. As mortes, os assassinatos, os acidentes e roubos, enfim, tudo isso quase que se tornou algo da ordem do natural, ao mesmo tempo em que é exposto nas primeiras páginas dos jornais e garante a "bilheteria" e a audiência inquestionável do espetáculo. As próprias *performances* da violência na atualidade desdobram-se sob essa mesma égide, como, por exemplo, as sucessivas rebeliões em presídios, em que os presos expõem suas armas às equipes de TV, ou a guerra do tráfico, em que seus atores protagonistas, à procura das lentes das câmeras, compõem-se tanto de traficantes quanto da própria polícia e suas operações especiais etc. E mesmo aquela violência "privada" que ocorreu sem pretensões espetaculares, esta também será exposta de modo espetacular pelos veículos de comunicação midiáticos. A captura e a produção de imagens espetaculares concretizam a política do "pão e circo" para as individualidades, que buscam nos trâmites do espetáculo suas referências de identificação.

Em suma, no cenário social contemporâneo, tal como foi definido como uma verdadeira "sociedade do espetáculo", todos somos protagonistas e espectadores. O palco de teatralidade das individualidades é alimentado por nosso narcisismo, enquanto atores da cena social, e sustentado pelos picos de audiência, enquanto plateia das ilusões e da vivência das pseudonecessidades, produzidas por tal configuração sociocultural. Assim, a alienação dos sujeitos é um fato cíclico e perpétuo, pois a identificação passiva do espectador o impele a uma inércia subjetiva, na qual as pseudonecessidades tomam o lugar de seu verdadeiro desejo e, do mesmo modo, sua atuação enquanto ator/protagonista é ornamentada pelos símbolos espetaculares que, em última instância, representam sempre apenas uma simples e efêmera (a)parência.

Estranhos ao espetáculo

Todas as sociedades produzem seus estranhos.

A partir do momento em que temos um discurso que prioriza e

privilegia determinadas formas de conduta e modos de ser e estar no mundo, estamos diante de um cenário predeterminado que os indivíduos são impelidos a ocupar.

Na atualidade, o cenário espetacular pós-moderno autentica e reconhece os sujeitos-personagens capazes de participar efetivamente de seus trâmites, ao passo que relegam ao limbo os que, por diversos motivos, apresentam-se aquém ou além do discurso social vigente.

Em todas as épocas, desde o momento em que os seres humanos passaram a se constituir em grupos, sempre houve, por assim dizer, uma divisão de classes: as classes dominantes e as classes dominadas.

Todas as sociedades criam suas determinadas regras, bem como seus ideais supervalorizados, contudo, jamais criam as possibilidades para que todos os indivíduos e grupos sociais consigam conquistar seu quinhão de participação na cena proposta. Nos dias de hoje, essa situação é facilmente visível. De fato, a maior parte da população (tomando-se o caso do Brasil) está à margem do ideal de felicidade e bem-estar estimulado pelo discurso capitalista e consumista. O número de excluídos é sempre superior ao contingente de pessoas que podem desfrutar das maravilhas do mundo novo.

Em uma sociedade de consumo, os indivíduos necessitam de poder aquisitivo considerável para conseguir usufruir dos produtos que lhes garantiriam acesso ao espetáculo. Em sua raiz, a essência do ideal capitalista pressupõe sempre uma pequena elite dominadora em contraposição a uma maioria de excluídos e marginalizados. As formações de qualquer espécie de elite dependem, intrinsecamente, da produção dos excluídos e dominados. Desta forma, a própria possibilidade de participação efetiva por parte das classes assujeitadas torna-se praticamente impossível, uma vez que as condições básicas para a viabilização disso lhes são retiradas de antemão. Geralmente, as subclasses possuem subempregos (quando possuem), sobrevivendo de subsalários, construindo subestilos de existência, sendo perpetuamente subjugadas pelas elites espetaculares.

> Se os estranhos são pessoas que não se encaixam nos mapas cognitivos, moral ou estético do mundo [...] se eles poluem a alegria com

> a angústia, ao mesmo tempo em que fazem atraente o fruto proibido; se, em outras palavras, eles obscurecem e tornam tênues as linhas de fronteira que devem ser claramente vistas; se, tendo feito tudo isso, geram a incerteza, que por sua vez dá origem ao mal-estar de se sentir perdido – então cada sociedade produz esses estranhos. [...] ela não pode senão gerar pessoas que encobrem limites julgados fundamentais para a sua vida ordeira e significativa, sendo assim acusadas de causar a experiência do mal-estar como a mais dolorosa e menos tolerável. (Bauman, 1998, p.27)

Assim sendo, podemos compreender que esses "estranhos", produzidos no âmago das condições sociais, representam uma parcela de fracassados e incapazes. Ao mesmo tempo em que sua existência é precondição para a possibilidade de existência das elites, esses excluídos são identificados pelos signos do fracasso social. São, por assim dizer, a vergonha do ideal de sucesso espetacular, esses que devem ser escondidos do palco social, pois sua simples presença incomoda as classes dominantes, é uma presença ameaçadora, representantes-símbolo da miséria e da falta de sorte. "A sociedade proclamou-se oficialmente espetacular. Ser conhecido fora das relações espetaculares equivale a ser conhecido como inimigo da sociedade" (Debórd, 1997, p.180).

Hoje em dia, todo o espectro de instabilidades e incertezas dos dispositivos pós-modernos – estes se concretizando na liquefação das instituições e dos bens duráveis –, tudo isto perpetua, por fim, a marginalização dos excluídos da sociedade espetacular. Indivíduos que nascem e crescem sob condições biopsicossociais desfavoráveis muito raramente conseguirão reverter tal situação ao longo de sua existência. Isto porque a continuidade do espetáculo depende da ininterrupta reprodução da miséria e de seus excluídos. As elites, a possibilidade de existir determinado *status*, mesmo que imaginário, a existência da fama e de posições de destaque, tudo isso só é possível em uma configuração social em que a heterogeneidade das classes é alicerce das relações desiguais de poder. Algo só pode ser desejado e almejado quando falta àquele que o contempla. Do mesmo modo, o reconhecimento provém dos pares de iguais, mas fundamentalmente

daqueles que são "inferiores" a tal condição e que desejam o mesmo *status* e reconhecimento dos personagens assistidos.

> Não requeridas como produtoras, inúteis como consumidoras – elas são pessoas que a "economia", com sua lógica de suscitar necessidades e satisfazer necessidades, poderia muito bem dispensar. O fato de estarem por perto e reivindicarem o direito à sobrevivência é um aborrecimento para o restante de nós. [...] Não há emprego suficientemente significativo para todas essas pessoas vivas e não há muita perspectiva de, algum dia, equiparar o volume de trabalho com a multidão daqueles que o querem e o necessitam para escapar à rede de "transferências secundárias" e ao estigma a ela associado. (Bauman, 1998, p.196)

Os ditos "fracassados" na cena espetacular encontram-se, por assim dizer, em uma posição subjetiva de extremo desamparo em relação à "sociedade do espetáculo". Como se não bastasse sua miséria em termos de recursos financeiros e materiais, esses sujeitos ainda sofrem as sucessivas frustrações simbólicas da contemporaneidade capitalista ao extremo.

Por fim, os "estranhos ao espetáculo" não pertencem somente às classes dominadas, aquelas sem favorecimento financeiro e educacional, em suma, os ditos pobres e miseráveis. O espetáculo produz seus estranhos, independente da classe social a que pertencem os indivíduos. Assim, os estranhos na atualidade são todos aqueles indivíduos que não compartilham da adesão ao espetáculo, seja por motivos de força maior provindos de circunstâncias reais, seja por uma intenção e opção voluntária. A relutância do sujeito em aderir às identificações com os símbolos brilhosos do espetáculo, preservando sua identidade particular em meio a toda cultura globalizante e massificadora, o destina a um rótulo de "inimigo nocivo" da sociedade.

Neste cenário, o espetáculo está em toda parte, e as demandas veiculadas pelos discursos sociais fazem o sujeito titubear diante de suas decisões. O mal-estar pertencente aos estranhos, neste sentido, diz respeito ao sentimento de *dúvida* permanente – produto das multipossibilidades espetaculares –, bem como um sentimento de *culpa* e *dívida* para com a sociedade do espetáculo.

Sociedade do consumo

Poder participar efetivamente e atender as demandas e exigências de uma sociedade que se desenvolve sob o primado do capitalismo pressupõe que sejamos ávidos consumidores da avalanche de bens e produtos a nossa disposição. Hoje temos ao nosso dispor uma variedade infinita de bens de consumo, uns superando os anteriores antes mesmo que os primeiros encontrem sua própria inutilidade pelo excesso de uso. Aliás, a característica fundamental da nossa atualidade pós-moderna é que não se visa, como outrora, uma alta e desejada durabilidade das coisas. Ao contrário, a mensagem transmitida é a mensagem da maleabilidade e flexibilidade, alcançando assim uma velocidade estonteante de sucessivas substituições de produtos ao menor sinal de alguma novidade.

Esta sociedade, concebida sabiamente por Debórd (1997) como uma "sociedade do espetáculo", obtém seus artefatos do capitalismo exacerbado (produtos e mercadorias) para compor seu cenário *glamouroso* e convidativo aos indivíduos. Desta forma, a possibilidade de atuar satisfatoriamente no palco forjado socialmente depende, intrinsecamente, da alta capacidade de consumo dos indivíduos e da sociedade de uma forma geral. E consumir sempre cada vez mais, pois essa é a *performance* que o sistema demanda de seus consumidores.

Como é bem sabido, dado o ritmo em que novos produtos são lançados no mercado e exibidos brilhosamente nas vitrines, os consumidores permanecem sempre um passo aquém das evoluções ofertadas. Como Bauman (2001, p.86) nos ilustra: "Na corrida dos consumidores, a linha de chegada sempre se move mais veloz que o mais veloz dos corredores; mas a maioria dos corredores na pista tem músculos muito flácidos e pulmões muito pequenos para correr velozmente".

Assim, os produtos recém-adquiridos tornam-se descartáveis no mesmo momento em que surge um novo modelo de certo utensílio. Escancaram-se diante do consumidor infinitas possibilidades em um curtíssimo intervalo de tempo, o que torna seu apetite pelo consumo algo com o qual passa-se a conviver com uma quota necessária de angústia.

> O mundo cheio de possibilidades é como uma mesa de bufê com tantos pratos deliciosos que nem o mais dedicado comensal poderia esperar provar de todos. Os comensais são *consumidores*, e a mais custosa e irritante das tarefas que se pode pôr diante de um consumidor é a necessidade de estabelecer prioridades: a necessidade de dispensar algumas opções inexploradas e abandoná-las. A infelicidade dos consumidores deriva do excesso e não da falta de escolha. (idem, p.75)

O excesso torna-se sufocante para o consumidor que, por mais que se esforce em sua escolha, permanecerá sempre com um sentimento de dúvida com relação às aquisições que acaba de realizar. Diante de possibilidades mil, nenhuma garantia é totalmente confiável e suas escolhas se exercem sempre de forma titubeante.

Na corrida para acompanhar as evoluções tecnológicas de celulares, televisores, computadores, enfim, aparelhos de toda espécie, estamos fadados a alcançar sempre, no máximo, um segundo lugar no pódio mercadológico. Em consequência da excessiva oferta desses bens de consumo, é o desejo do consumidor que se torna uma pseudonecessidade eternamente insaciável.

A mercadoria, uma vez exposta como um atributo altamente valorizado em determinado momento (no presente-relâmpago) da cena social, passa a ser um verdadeiro objeto de fetiche para os consumidores, os quais idealizam o produto, conferindo-lhe características fantásticas e ideais. Esse objeto passa então a representar simbolicamente um determinado indicador de *status* no cenário espetacular, um verdadeiro passaporte para o rol da fama, onde o sujeito possa se sentir reconhecido pelo outro social. Contudo, essa pseudonecessidade, produzida pelo estímulo do consumo em excesso, cria uma verdadeira insaciabilidade do desejo consumidor. Fruto da multiplicidade de alternativas disponíveis e da incerteza das escolhas realizadas, a insatisfação e o posterior sentimento de frustração são perpétuos.

> O ímpeto de consumo, exatamente como o impulso de liberdade, torna a própria satisfação impossível. Necessitamos sempre de mais liberdade do que temos [...]. É nessa abertura em relação ao futuro, na ultrapassagem de toda situação encontrada e preparada de antemão ou recém-estabelecida,

> nesse entrelaçamento do sonho e do horror da satisfação, que se acham as raízes mais profundas do turbulento, refratário e autopropulsor do dinamismo da cultura. (idem, 1998, p.175-6)

Ao passo que os consumidores servem-se da ampla liberdade de escolha e esbaldam-se na aquisição nunca suficiente de mais e mais produtos, na mesma proporção das aquisições o sentimento de mal-estar e incompletude perpetuam-se. Em meio às ofertas vindouras no ritmo velozmente vertiginoso, a produção das pseudonecessidades é incessante, ao tempo que suas realizações, de forma completamente satisfatória, são sempre impossíveis.

O outro como mercadoria

Em nossa atualidade, todas as características peculiares deste período, como foram consideradas anteriormente, regem todas as condutas humanas. Desta forma, as relações, os inter-relacionamentos dos indivíduos, obedecem aos mesmos trâmites "líquidos" da cultura atual.

Tratando-se dos relacionamentos, nos dias de hoje o que temos é uma tendência a acumular-se relações que não visam à durabilidade e ao compromisso. Evitar o comprometimento com o outro preserva aberto o leque de possibilidades, e dessa maneira pode-se obter o tão almejado prazer imediato e livre de consequências.

Hoje em dia os "relacionamentos de bolso" estão na moda, aqueles números de telefones guardados na manga que podem nos garantir a concretização de um *gozo* imediato e instantâneo. Conhecer a outra pessoa, saber de sua história pessoal, bem como seu nome, seu endereço etc., tudo isso tornou-se desnecessário e, porque não dizer, verdadeiramente evitado. Em uma modalidade de relacionamentos cuja prioridade é vivenciá-los instantaneamente e sem consequências, saber algo sobre o outro é uma ameaça à liberdade individual.

Em contrapartida, demonstrar intenção de aprofundar e estreitar laços afetivos passou a ser motivo de certa vergonha diante da sociedade consumista que incita os relacionamentos-relâmpago. "Com a ação por impulso profundamente incutida na conduta cotidiana pelos poderes

supremos do mercado de consumo, seguir um desejo é como caminhar constrangido, de modo desastrado e desconfortável, na direção do compromisso amoroso" (Bauman, 2004, p.27).

As relações afetivas, dessa forma, obedecem à mesma dinâmica da lógica de consumo. Os consumidores substituem seus produtos e mercadorias freneticamente, em um impulso de sempre poder adquirir as mais recentes novidades. Na grande maioria dos relacionamentos atuais o outro é rapidamente esquecido e desconsiderado após o envolvimento oportuno. O próprio envolvimento em si não se cristaliza, pois eliminaria todas as outras possibilidades de encontros futuros e experiências de prazeres imediatos.

> Atualmente, os indivíduos são "socialmente empenhados", em primeiro lugar, através de seu papel como consumidores, não produtores: o estímulo de novos desejos toma o lugar da regulação normativa, a publicidade toma o lugar da coerção, e a sedução torna redundantes ou invisíveis as pressões da necessidade. Nessa espécie de contexto, as estruturas firmes e elásticas do tipo "até que a morte nos separe", indispensáveis no poder panóptico, perdem sua utilidade: elas se tornam até "disfuncionais", se medidas pelos pré-requisitos da integração do tipo "de mercado". Desse modo, a emancipação sexual dos nossos dias faz lembrarmo-nos de chutar um adversário que já caiu. (idem, 1998, p.185)

Assim, o outro passou a ser um mero objeto que representa e concretiza a realização de um prazer instantâneo e fugaz: um *gozo*.

Essa modalidade de relacionamento visa ao outro como um corpo capaz de proporcionar prazer imediato em um determinado momento. Toda dimensão afetiva é excluída nessa forma de relacionamento, a busca pelo prazer insaciável subjuga o outro ao *status* de mercadoria, que logo cairá em desuso, tornando-se rapidamente descartável, assim como os bens de consumo.

Bauman (2004), utilizando-se de uma analogia com o *Homo sapiens*, considera o *Homo sexualis* como a espécie humana da atualidade:

> O *Homo sexualis* não é uma condição, muito menos uma condição permanente e imutável, mas um processo, cheio de tentativas e erros,

> viagens exploratórias arriscadas e descobertas ocasionais, intercaladas por numerosos tropeços, arrependimentos por oportunidades perdidas e alegrias por prazeres ilusórios. (idem, p.75)

De certa forma, a *performance* do *Homo sexualis* pós-moderno carrega a preocupação latente e implícita de evitar-se os sofrimentos e as frustrações sentimentais que podem ocorrer nas formas de relacionamentos mais duradouros. Um dos "mandamentos" da atualidade é que não devemos sofrer. Todo o tipo de sofrimento é visto com certo receio e desconfiança, pois em um mundo em que tantos subterfúgios para as dores da alma mostram-se disponíveis, o sujeito pode e deve isentar-se dessa espécie de dissabor.

Com os relacionamentos afetivos a coisa não é diferente. Ao priorizarem-se relacionamentos que não visam à durabilidade evita-se a possibilidade da dor e do sofrer típicos dos envolvimentos amorosos.

O sujeito pós-moderno trocou, em nome da liberdade individual, seu quinhão de estabilidade nas uniões mais duradouras pelos múltiplos prazeres sexuais facilmente possíveis nas relações sem compromisso, contudo, sua insatisfação cíclica torna-se permanente.

> O *Homo sexualis* está condenado a permanecer para sempre incompleto e irrealizado – mesmo numa era em que o fogo sexual, que no passado se teria arrefecido, agora deve ser, espera-se, novamente insuflado pelos esforços conjuntos de nossas ginásticas miraculosas e de nossos remédios maravilhosos. A viagem nunca termina, o itinerário é recomposto a cada estação e o destino final é sempre desconhecido. (idem, p.74)

O "mal-estar" oriundo dessas formas de relacionamentos afetivos na atualidade consiste justamente na fragilidade de tais envolvimentos. O *gozo*, que em si é essencialmente diferente do prazer, mescla a satisfação com um sentimento de horror e decepção, e neste sentido a busca desenfreada por quantidades visa suprir a carência de qualidade nesses relacionamentos. "Quando a qualidade o decepciona, você procura a salvação na quantidade. Quando a duração não está disponível, é a rapidez da mudança que pode redimi-lo" (idem, p.77).

O *Homo sexualis* passa a ser um colecionador de inúmeras experiências afetivas e sexuais, as quais, por sua vez, são totalmente vazias de sentido e significado, dado que o objetivo de tais relações é obter o prazer imediato sem estabelecer-se um compromisso com o outro. Por esta via, os relacionamentos, na atualidade, são caracterizados pelo efeito catártico do gozo imediato, priorizando o momento do eterno presente efêmero e fugaz, sem a continuidade desse envolvimento no futuro.

São, enfim, relações baseadas no encontro e fusão dos corpos, o outro tal como uma mercadoria que pode oferecer uma quota de prazer em um determinado momento propício. Contudo, toda forma de envolvimento para além do prazer momentâneo,representa para os sujeitos um verdadeiro aprisionamento, significa a finitude da liberdade individual sexual e sentimental.

> Nos compromissos duradouros, a líquida razão moderna enxerga a opressão: no engajamento permanente percebe a dependência incapacitante. Essa razão nega direitos aos vínculos e liames, espaciais ou temporais. Eles não têm necessidade ou uso que possam ser justificados pela líquida racionalidade moderna dos consumidores. (idem, p.65)

A permanente troca de parceiros, em que o mandamento de que "a fila tem de andar" se faz como ordem do dia, revela a mesma dinâmica que os sujeitos estabelecem com os produtos e bens de consumo na atualidade. Relacionar-se com alguém passou a ser sinônimo de relacionar-se com alguma coisa qualquer. Uma coisa, um objeto descartável, como nossos utensílios que são rapidamente substituídos por outros modelos mais modernos e eficazes.

A dimensão do tempo em nossos dias, devido a todas as peculiaridades constituintes de nosso cenário espetacular, que condensa o presente perpétuo e acumula uma série de frações de acontecimentos efêmeros, não permite o desenrolar linear da passagem subjetiva do tempo como sempre foi internalizada: passado, presente e futuro. O momento presente desvinculado de sua antecedência passada, bem como da possibilidade do desenrolar-se no futuro, aniquila, por assim dizer, toda e qualquer possibilidade de constituírem-se projetos du-

radouros. Os projetos não devem existir, a não ser que sejam projetos imediatos sem vistas à permanência, pois a continuidade das relações e envolvimentos passou a ser aversiva às individualidades, ao passo que o tempo prolongado representa um atraso se comparado à dinâmica excessivamente veloz do restante da sociedade.

> Dizer "desejo" talvez seja demais. É como num shopping: os consumidores hoje não compram para satisfazer um desejo [...] compram *por impulso*. Semear, cultivar e alimentar o desejo leva tempo (um tempo insuportavelmente prolongado para os padrões de uma cultura que tem pavor em postergar, preferindo a "satisfação instantânea"). O desejo precisa de tempo para germinar, crescer e amadurecer. [...] O tempo necessário para o investimento no cultivo do desejo dar lucros parece cada vez mais longo – irritantemente e insustentavelmente longo. (idem, p.26)

De forma geral, não só as relações amorosas constituem-se sob a lógica consumista, mas também todos os tipos de inter-relações.

Todas as variadas formas de relacionamento na contemporaneidade acabam por obedecer à lógica consumista, o que resulta na perpetuação do individualismo ao extremo. Independente da natureza da relação, nos dias de hoje o outro é visto como aquele que pode e deve ser explorado, visando única e exclusivamente o benefício próprio.

> A felicidade como a morte é como um concurso milionário da tv, existe um globo infinito com bilhões de bolinhas girando em algum lugar, a cada instante uma deusa retira um número que pode ser o meu, dá pra entender? Por isso, nada de pudores, dá pra entender? Ou você explora o próximo ou o próximo é você, dá pra entender?(Mundo Livre s/a, 1994)

Assim, as condutas humanas exercidas no âmbito da sociabilidade são mediadas essencialmente pela lógica do valor de uso do outro, relações descartáveis usadas como trampolim para o benefício próprio.

> O desvanecimento das habilidades de sociabilidade é reforçado e acelerado pela tendência, inspirada no estilo de vida consumista dominante, a tratar os outros seres humanos como objetos, pelo volume de prazer

> que provavelmente oferecem e em termos de seu "valor monetário". [...] Nesse processo, os valores intrínsecos dos outros como seres humanos singulares (e assim também a preocupação com eles por si mesmos, e por essa singularidade) estão quase desaparecendo de vista. A solidariedade humana é a primeira baixa causada pelo triunfo do mercado consumidor. (Bauman, 2004, p.96)

Predominantemente, as relações estabelecidas pela lógica consumista, que evidenciam o individualismo em nossa cultura narcisista, acabam, por fim, tornando o exercício da sociabilidade uma condição propícia para a exploração do outro, em relações vazias de sentido e significados cujos vínculos são, na maioria das vezes, frágeis, supérfluos e meramente ocasionais.

"Mal-estar" e psicopatologias na contemporaneidade

Como mencionado anteriormente, a atualidade possui características peculiares que acabam por produzir determinadas formas de subjetivação específicas de nossos dias. O cenário social concebido como o "palco do espetáculo" (*sociedade do espetáculo*) incita as individualidades a priorizar acima de tudo o semblante da *imagem* e da *aparência* e, por meio do consumo insaciável dos produtos e mercadorias disponíveis, os indivíduos podem, então, ostentar seu semblante brilhoso no cenário espetacular. A valorização extrema da imagem e da aparência evidencia uma demanda sistemática por reconhecimento e aceitação dessa sociedade que autentica as individualidades capazes de corresponder aos ideais estéticos e exibicionistas vigentes supervalorizados de nossos dias.

A busca por determinado *status* e reconhecimento por meio das *performances* exibicionistas é sempre uma demanda incondicional de reconhecimento do outro. Basicamente, o espaço de sociabilidade acaba se reduzindo, nos dias de hoje, a um espectro especular no qual o sujeito só se faz por reconhecer e autoafirmar-se pela sua própria ima-

gem refletida no olhar do outro, e assim as performances exibicionistas são estimuladas e sempre autenticadas pelas individualidades nas suas buscas por identificações. A função do outro fica então reduzida, nessas formas de inter-relações, à de um mero objeto que servirá sempre para o autoengrandecimento do próprio ego das individualidades. É por meio da atenção hipnótica do outro que se forja o ego inflacionado dos sujeitos, em que a exibição desmesurada de suas *personas* alicerça a falsificação da vida social e coletiva, a genuína falsificação por meio da dialética subjetiva do (*a*)*parecer* no cenário social.

Nesse contexto, o sujeito vive constantemente o dilema da tentativa de pertencer e ser reconhecido pela sociedade, ao mesmo tempo em que se esforça para não perder sua identidade. É estabelecida, então, uma relação do sujeito com o social, que em sua essência é contraditória e conflitante, na qual as concessões por parte dos indivíduos permitem que se sintam, ao menos por um momento, como pertencentes a esta sociedade espetacular, ao passo que, no sentido contrário, um posicionamento mais singular e individual com o qual não se adere aos padrões e ideais da atualidade lega-lhe um sentimento de exclusão e rejeição. Em uma modalidade sociocultural na qual o reconhecimento é parcial e momentâneo, independente dos esforços que se façam, e o desprezo e a anulação dos "estranhos" concretiza-se, é sempre o sujeito quem sai perdendo algo.

> A supressão da personalidade acompanha fatalmente as condições da existência submetida às normas espetaculares – cada vez mais afastada da possibilidade de conhecer experiências autênticas e, por isso, de descobrir preferências individuais. Paradoxalmente, o indivíduo deve desdizer-se sempre, se desejar receber dessa sociedade um mínimo de consideração. Essa existência postula uma fidelidade sempre cambiante, uma série de adesões constantemente decepcionante, produtos ilusórios. Trata-se de correr atrás da inflação dos sinais depreciados da vida. A droga ajuda a pessoa a se conformar com essa organização das coisas; a loucura ajuda a evitá-la. (Debórd, 1997, p.191)

Em suma, a corrida das individualidades em busca do reconhecimento da sociedade forjada por meio dos trâmites espetaculares é a

precondição para os sentimentos de "mal-estar" na atualidade, seja por meio do torpor psíquico produzido pelas drogas, seja pelo viés do próprio adoecimento subjetivo. Na cena espetacular, em que a possibilidade de reconhecimento só se faz por meio da estetização da imagem e da aparência, os sujeitos são conduzidos a estilos de existência cada vez mais individualistas.

A construção das personalidades forjadas sob aspectos psíquicos de ordem ego-ideal (em que a dimensão de alteridade é sempre intolerável e evitada) constitui assim uma sociedade de natureza essencialmente narcisista. Todos os empreendimentos do sujeito visam sempre sua autoafirmação egoica, em que o outro é apenas um corpo para ser usado oportunamente e, posteriormente, descartado, tanto nos seus atributos físicos – um corpo para o gozo – quanto para subjugar o desejo outro em face de seu próprio desejo de origem narcísica.

> [...] o que se denomina cultura pós-moderna gira em torno de um neoindividualismo exacerbado e hedonista, ligado a uma subjetividade consumista pronta para substituir a relação com pessoas pela relação com aparelhos e coisas, considerada frequentemente como narcisista. (Fuks, 1998-1999, p.69)

Como mencionamos, toda essa dialética subjetiva marcadamente narcisista veicula o individualismo extremo, em que as trocas das inter-relações e o convívio com a dimensão de *alteridade* subjetiva tornam-se impossíveis. Em uma sociedade narcisista, as diferenças são sempre intoleráveis. O sujeito, ao se engrandecer à custa do outro (este como mero trampolim e artefato para as possibilidades de gozo), acaba por atropelar e desconsiderar a subjetividade outra, não podendo reconhecer e assimilar qualquer indício de alteridade, o que poderia pôr em risco seu próprio narcisismo. Contudo, nessa relação mostra-se evidente a total dependência do narcisista com relação ao outro, fato aparentemente contraditório, porém explicativo da essência de toda *performance* do sujeito com vistas a preservar seu narcisismo avassalador.

> O narcisismo representa a dimensão psicológica dessa dependência. [...] o narcisista depende de outros para validar sua autoestima. Ele não

> consegue viver sem uma audiência que o admire. Sua aparente liberdade dos laços familiares e dos constrangimentos institucionais não o impedem de ficar só consigo mesmo, ou de se exaltar em sua individualidade. Pelo contrário, ela contribui para a sua insegurança, a qual ele somente pode superar quando vê seu "eu grandioso" refletido nas atenções das outras pessoas, ou ao ligar-se àqueles que irradiam celebridade, poder e carisma. Para o narcisista, o mundo é um espelho ao passo que o individualista áspero o via como um deserto vazio, a ser modelado segundo seus próprios desígnios. (Lasch, 1983, p.30-1)

Assim, a cultura da atualidade, regida pela primazia da estetização do *eu*, o qual transparece e evidencia-se nas *performances* subjetivas das individualidades, é o produto e, por que não dizer, o *sintoma* da sociedade espetacular, uma vez que no espetáculo a imagem é tudo. Na cenografia desse cenário, a própria imagem individual deve ser talhada minuciosamente com vistas à perfeição estética priorizada e estimulada pelos discursos sociais. Com o detrimento dos atributos antes valorizados pelos modos de *ser*, o *(a)parecer* rouba a cena, dando origem constitutiva à verdadeira cultura da imagem.

> A *cultura da imagem* é o correlato essencial da estetização do eu, na medida em que a produção do brilhareco social se realiza fundamentalmente pelo esmero desmedido na constituição da imagem pela individualidade. Institui-se assim a hegemonia da aparência, que defini o critério fundamental do ser e da existência em sua evanescência brilhosa. Na cultura da estetização do eu, o sujeito vale pelo que parece ser, mediante as imagens produzidas para se apresentar na cena social, lambuzado pela brilhantina eletrônica. (Birman, 2001, p.167)

Deste modo, capturar o olhar do outro prescinde que os egos inflem-se diante do espaço de sociabilidade, em que a exterioridade estética sobrepõe qualquer possibilidade de interioridade. Nesse desenrolar performático dos indivíduos, o espaço social enquanto lócus de trocas intersubjetivas fica empobrecido, um vácuo e um vazio abrem-se no entremeio das relações, pois uma cultura narcisista e individualista não é capaz de tolerar o "confronto" sadio entre eu e outro. A preservação

de um *eu* superficialmente composto pelas quinquilharias espetaculares implica que qualquer indício de diferença seja evitado.

Por meio da busca insólita à perfeição estética, temos a base das configurações psicopatológicas de ordem narcísica nos dias de hoje, em que a imagem perfeita (segundo os padrões sociais e midiáticos) é perseguida obsessivamente pelos indivíduos, acarretando em empreendimentos neuróticos com relação ao próprio corpo, implicando na existência das variadas formas de bulimias e anorexias, por exemplo, estas manifestando-se como a forma mais extrema e radical de uma tentativa subjetiva de inscrever-se nos trâmites espetaculares.

> Podemos, finalmente, vincular ao mundo da imagem a valorização contemporânea da superfície em detrimento da interioridade. Na composição da personagem que identifica o sujeito, num cenário social concebido como espetáculo, a imagem do corpo ganha um papel de relevância. (Fuks, 1998-1999, p.72)

Acompanhando os "distúrbios alimentares" tão comuns ultimamente, há também as variadas formas de *depressões, síndromes do pânico* e *toxicomanias* como expressões de um "mal-estar" contemporâneo. O número de casos assim diagnosticados aumenta vertiginosamente, e para além dos serviços de saúde, esses termos tornaram-se estereótipos comuns de uso corriqueiro até pelo público leigo, que se identifica com tais rótulos.

De maneira geral, as condições que caracterizam o cenário espetacular contemporâneo propiciam essas modalidades específicas de sofrimento. As condições de vida cotidiana a que estamos submetidos em nossa atualidade pós-moderna emergem como dispositivos potencializadores de mal-estar, em que a caricatura do "depressivo", do "panicado" e do "toxicômaco" evidencia o extremo oposto dos ideais espetaculares.

Os ditos "depressivos", em-si-mesmados em seu sofrimento e introvertidos demasiadamente, semblantes do silêncio e do vazio, enclausurados em seus cantos íntimos de refúgio, estes simbolizam, pois, o fracasso de participação na sociedade espetacular, ao mesmo tempo em que expressam sua tentativa de inscrição por meio do

adoecimento. Igualmente, os "panicados", com suas intensas crises de angústia (estas muitas vezes desencadeadas em meio a situações coletivas), e também os "toxicômacos" que se autoalienam por meio da ingestão das drogas, criando seu universo próprio de delírio e torpor psíquico a fim de evitar o desprazer, da mesma forma esses sujeitos assim diagnosticados retratam uma tentativa de inscreverem-se na sociedade espetacular, contudo, com o preço do adoecimento.

> Produzidas pela medicina clínica, pela psiquiatria e pelo narcotráfico, as toxicomanias são os contrapontos das depressões e da síndrome do pânico, no sentido de que é pelo consumo massivo de drogas que o sujeito tenta regular os humores e efeitos maiores do mal-estar da atualidade. O sujeito busca, pela magia das drogas, se inscrever na rede de relações da sociedade do espetáculo e seus imperativos éticos. (Birman, 2001, p.249)

Assim, as depressões, as síndromes do pânico e as drogadições são modalidades de "mal-estar" "produzidas" em larga escala na atualidade, as quais, por suas particularidades, impedem os indivíduos de exercer o fascínio performático cultuado no palco social espetacular.

Uma vez que as *performances* exibicionistas são altamente valorizadas e estimuladas em nossa sociedade, os indivíduos diagnosticados entre essas configurações psicopatológicas não podem exercer o magnetismo esperado por intermédio das forças da imagem e da aparência. Eles também são, entre outros, "os estranhos" da sociedade atual. Como essas modalidades de sofrimento contrapõem-se ao ideal da cultura vigente, além do "mal-estar" característico do próprio sofrimento, o sujeito curva-se com o peso da culpa por encontrar-se em tal situação.

Em uma sociedade em que o sofrer é desnecessário e na qual, quando este ocorre, pode ser imediatamente medicado e calado, os sujeitos que padecem desses "mal-estares" acabam sendo estigmatizados como culpados pelo insucesso na vida social, fruto de seus sofrimentos. Sofrer, hoje em dia, é sinônimo de vergonha, e ainda sofre-se duas vezes, ou seja, pelas próprias condições subjetivas particulares e singulares inerentes a cada sujeito e pelo peso da culpa e do estigma por encontrar-se em tal situação.

De fato, por todas as características mencionadas inerentes às *performances* dos indivíduos assim diagnosticados, eles tornam-se a vergonha da sociedade espetacular. Contudo, as práticas em saúde que visam uma desejada *normatização* do indivíduo, normatização em consonância com um ideal *espetacular*, acaba por viabilizar métodos paliativos e remediadores para os "mal-estares" na atualidade. No campo das psicopatologias, destacamos a medicalização indiscriminada do social como maior exemplo dessa tendência normatizadora.

> Os psicofármacos, pelo enorme efeito antidepressivo e tranquilizante, visam a transformar esses miseráveis sofredores em seres efetivos da sociedade do espetáculo. Com isso, silenciam-se as cavilações pesadas e as ruminações "excessivamente" interiorizadas dos deprimidos, e eles são transformados em seres "legais" do universo espetacular. (idem, p.247)

Por meio da medicalização irrestrita, o que se almeja é silenciar a voz do sofrimento, essa fala Outra (sintoma) que se expressa por meio da doença e que insiste em fazer-se presente na subjetividade das individualidades. Medicalizar, nesse sentido, significa remediar os sintomas visíveis, ao preço de se desconsiderar a dimensão simbólica e subjetiva dessas formas de "mal-estar". Sem possibilidade de serem escutados, em uma sociedade que não proporciona o tempo subjetivo da experiência, esses indivíduos vivenciam o mais forte sentimento de desamparo.

Toda a pressão do discurso social e midiático acaba excluindo a maioria dos indivíduos, uma vez que apenas poucos são capazes de acompanhar os ideais da sociedade do consumo. Assim, de uma forma geral, aumentam e potencializam-se os sentimentos de desamparo em um mundo em que as utopias deixaram de existir e no qual a insegurança se faz constante.

Para além das configurações psicopatológicas, na atualidade o próprio individualismo extremo já se caracteriza como *sintoma* de uma sociedade narcisista. Nessa dinâmica subjetiva das individualidades, em que o outro é sempre desconsiderado em virtude dos benefícios próprios de cada um, são as relações que acabam empobrecidas, sendo

mitigadas as sementes do "mal-estar" nas práticas de sociabilidade dos indivíduos na coletividade.

> A autoexaltação desmesurada da individualidade no mundo do espetacular fosforescente implica a crescente volatilização da *solidariedade*. Enquanto valor, esta se encontra assustadoramente em baixa. Cada um por si e foda-se o resto parece ser o lema maior que define o *ethos* da atualidade, já que não podemos, além disso, contar mais com a ajuda de Deus em nosso mundo desencantado. (idem, p.24-5)

Como sabemos, por meio do legado psicanalítico, os instintos agressivos e hostis habitam o ser humano sendo frutos da repressão das necessidades e dos desejos individuais em favor da vida social. A inserção do sujeito na cultura tem um custo: que aquele abra mão da realização desenfreada e impulsiva de seus desejos mais íntimos, os quais remetem ao *princípio do prazer,* para assim internalizar as regras e limites que a vida em sociedade implica (*princípio da realidade*). A vida em coletividade impõe ao homem restrições em sua vida pulsional, a fim de possibilitar uma existência social desenvolvida com a progressão e a construção da cultura. Neste sentido, os impulsos agressivos que permanecem latentes e reprimidos no inconsciente vêm à tona sempre que possível, e a pulsão de morte encontra sua expressão por meio da agressividade.

> [...] é impossível desprezar até que ponto a civilização é construída sobre a renúncia ao instinto, o quanto ela pressupõe exatamente a não satisfação (pela opressão, repressão, ou algum outro meio?) de instintos poderosos. Essa "frustração cultural" domina o grande campo dos relacionamentos sociais entre os seres humanos. Como já sabemos, é a causa da hostilidade contra a qual todas as civilizações têm de lutar. (Freud, 1930 [1929]; 1992, p.52)

Em um cenário contemporâneo, em que a primazia individual rouba a cena em detrimento dos vínculos sociais, o estopim de todas as formas de violência e agressividade encontra-se latente e pronto para eclodir ao menor sinal, concretizando os sentimentos de insegurança e perigo perpétuos. Na medida em que o autocentramento do sujeito é sua marca

característica, o outro é desconsiderado e, em última instância, representa uma ameaça e um perigo, o qual deve ser combatido. Sob as égides do lema "a melhor defesa é o ataque", as individualidades estão propensas e predispostas a veicular toda hostilidade ao menor sinal de ameaça.

> Os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. Esse é o trágico cenário para a implosão e a explosão da violência que marcam a atualidade. (Birman, 2001, p.24)

O sujeito contemporâneo personifica de forma caricaturada a verdadeira representação de um "homem-bomba", em um sentido subjetivo, um sujeito que em sua relação empobrecia com o outro pode, enfim, concretizar variadas práticas de violência no que diz respeito aos seus envolvimentos sociais.

Em nosso país, deparamo-nos quase todos os dias com os retratos de nossas formas e modalidades de violência urbana, televisionados espetacularmente ou, enfim, em uma nota dos jornais impressos: repetidos casos de espancamento e linchamento, em que grupos de indivíduos externalizam covardemente o ódio ante o diferente, violência nos estádios de futebol, violência doméstica, violência infantil, sequestros,etc. Violência de todos os tipos, às vezes chegando às raias do terrorismo, fruto de uma sociedade desigual socialmente, porém expressa de forma cruel e fria na maioria das vezes. Desse modo, podemos visualizar sem dificuldade a indiferença que o outro representa nos dias atuais. As vidas, de maneira geral, tornam-se algo que não vale mais nada, e a desconsideração com o outro mitiga práticas intolerantes e retaliadoras.

Frente a um cenário completamente ameaçador, os indivíduos colocam-se de antemão em uma posição de defesa e, de fato, agir sobre os primados dos instintos de autoconservação exige do sujeito certa quota de agressividade. A essa reação defensiva diante dos sentimentos de desamparo gerados pela realidade sociocultural soma-se o perigo existente e concretizado no cotidiano social e, dessa forma, configura-se uma sociedade individualista e intolerante frente ao outro.

> Hoje, definiríamos cultura do narcisismo como aquela em que o conjunto de itens materiais e simbólicos maximizam real ou imaginariamente os efeitos de Anankhé, forçando o Ego a ativar paroxisticamente os automatismos de preservação, face ao recrudescimento da angústia de impotência. Ou, visto de outro ângulo, é a cultura onde a experiência de impotência/desamparo é levada a um ponto tal que torna conflitante e extremamente difícil a prática da solidariedade social. (Costa, 1998, p.165)

Entendido de outra maneira, o que temos é um espaço social que, devido a todas as características de nossa atualidade, nos lega uma vida em sociedade ameaçadora, um mundo onde a prática da desconfiança e a suspeita de tudo e de todos é um requisito necessário para a sobrevivência dos indivíduos. Todo autocentramento levado às últimas consequências mitiga o substrato para uma verdadeira cultura da violência.

> Na cultura da violência, o futuro é negado ou representado como ameaça de aniquilamento ou destruição. De tal forma que a saída apresentada é a fruição imediata do presente; a submissão ao "status quo" e a oposição sistemática e metódica a qualquer projeto de mudança que implique em cooperação social e negociação não violenta de interesses particulares. (idem, p.167)

Este tempo presente da atualidade, por fim, é o cenário pelo qual os indivíduos caminham incertos em todos os sentidos, apesar de qualquer possibilidade de *sentido* (significados subjetivos). De fato, diante das características marcantes em termos culturais e sociopolíticos de nossos dias, os indivíduos tendem a posicionar-se em um modo e/ou estilo de existência marcadamente narcisista. A postura do sujeito contemporâneo em relação ao seu próprio desejo e ao desejo do outro, resultante das configurações culturais, econômicas e sociais de uma forma geral que priorizam determinada estética de existência em um mundo *pós-moderno* e *espetacular*, predetermina as condições propiciadoras de "mal-estar".

Consideramos durante todo este capítulo o conceito de "mal-estar" em um sentido mais amplo que o psicopatológico (assim designado pelo entrecruzamento de saberes na atualidade) propriamente dito. O

ponto de interesse alinha-se àquilo que Freud (1930 [1929]; 1992) se referiu em seu *O mal-estar na civilização.* Além das questões referentes às psicopatologias na atualidade, em especial o interesse pelo problema da "depressão" que se encontra exposto no próximo capítulo, podemos perceber como o sujeito contemporâneo adota estilos específicos para lidar com os caminhos e descaminhos possíveis para a viabilização de seu desejo.

No entrecruzamento das demandas sociais, veiculadas maciçamente pelos meios de comunicação que se utilizam do poder enigmático e *espetacular* das *imagens*, fomentando uma cultura das aquisições materiais descartáveis e incertas que culmina em uma cultura *narcisista*, vislumbra-se um sujeito em vivência de um sentimento de pleno *desamparo*. Esse *desamparo* é condição para as práticas violentas de todas as naturezas, bem como para as configurações psicopatológicas na atualidade, em especial a "depressão", que evidencia uma modalidade específica de sofrer muito frequente e cada vez mais presente na contemporaneidade.

2
A depressão como "mal-estar" contemporâneo

As depressões e suas variadas formas e classificações ocupam lugar de destaque nos dias de hoje. Devido ao aumento de diagnósticos referentes a esses estados afetivos, tornou-se comum ouvirmos sempre que alguém sofre desse "mal do século", como o denominam alguns autores. Desta forma, a questão é emergencial, como nos mostra nossa prática clínica cotidiana, levando-se em consideração que o termo "depressão" tornou-se um verdadeiro jargão para identificar e rotular as mais variadas formas de "mal-estar" na atualidade.

A depressão tornou-se um dos mitos em saúde mental na contemporaneidade. Estatísticas de levantamentos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) revelam-na como uma das principais causas para afastamento do trabalho, incapacitando os indivíduos de realizar seus afazeres profissionais, bem como de vivenciar sua existência nas dimensões sociais e coletivas, isto devido à introspecção e ao isolamento que tais estados afetivos implicam. A OMS (2009) define depressão como um "transtorno mental" comum, na medida em que afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Contudo, até mesmo por conta de levantamentos e apresentações estatísticas como essas, o problema das depressões na contemporaneidade chama a atenção principalmente por conta da dimensão dos delineamentos e das formas, por vezes caricaturais, que tal problemática assume na atualidade.

Assim, por meio da prática clínica e do contato com pacientes ditos "depressivos", nos deparamos, logo de saída, com a indeterminação do conceito de depressão (evidente pelos diferentes discursos – saberes/práticas), bem como do ideal de saúde de uma forma geral que predomina na atualidade. Isto é visível por meio dos diagnósticos formulados precipitada e apressadamente, o que, por sua vez, nos suscita reflexões sobre a relação da depressão com determinados aspectos sociais contemporâneos. Se nos deparamos com uma sociedade cada vez mais "depressiva", isto se deve, sem dúvida, a uma pluralidade de fatores bem característicos que determinam e perpetuam a depressão como uma das grandes modalidades de "mal-estar" na contemporaneidade.

Luto e melancolia – um retorno a Freud

Diante da indeterminação dos termos depressão e/ou melancolia ao longo da história, bem como das configurações de discursos e saberes distintos na atualidade que resultam em uma impossibilidade de consensos teóricos sobre uma definição acerca do que é "depressão", tomaremos como ponto de partida o texto clássico *Luto e melancolia* (Freud, 1917 [1915]; 1996) como fonte de uma possível compreensão psicanalítica acerca do fenômeno discutido.

Nesse texto, Freud nos conduz por meio da comparação entre os fenômenos análogos do luto e da melancolia, nos chamando a atenção para características aparentemente comuns a ambas, como, por exemplo: desânimo profundo, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição dos sentimentos de autoestima etc.

> O luto profundo, a reação à perda de alguém que se ama, encerra o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo externo [...] a mesma perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor e o mesmo afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre ele. (idem, p.276)

A única ressalva que Freud evidencia, em termos de sensações aparentes, às quais se refere como um fator distintivo entre o trabalho de luto (normal) e a melancolia (patológico), diz respeito à *perturbação da autoestima*, que está ausente no luto.

Esta *perturbação da autoestima* é o que se evidencia na fala do melancólico mediante suas autoacusações, expressões de sentimentos de desvalia, sentimentos de culpa e vergonha, um discurso que revela toda a ambivalência dos sentimentos envolvidos nesse processo.

Como sabemos, essas variadas queixas e recriminações às quais o paciente se coloca como alvo, na realidade, são críticas severas nutridas de ódio/amor (ambivalência) referentes ao objeto perdido, este, porém, introjetado ao ego no decorrer do processo melancólico. Ao longo do texto, Freud explica que a perda (desencadeante do processo melancólico) é uma perda da ordem do *ideal*, o que nos remete à dimensão do narcisismo, bem como nos fornece subsídios para a compreensão dos sentimentos ambivalentes (ambivalência) presentes nesse processo.

> Num conjunto de casos é evidente que a melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado. Onde as causas excitantes se mostram diferentes, pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal. [...] Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cônscio da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não *o que* perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda. (idem, p.277-8)

Um dos fatores determinantes para o desenvolvimento da melancolia é o vínculo narcísico do sujeito com o objeto, o qual inevitavelmente refere-se ao registro do inconsciente. Ao contrário do que se evidencia no luto, o processo melancólico caracteriza-se por sua permanência indeterminada ao longo do tempo, um "mal-estar" que denuncia a "recusa" por parte do sujeito em aceitar/reconhecer a perda de determinado objeto libidinal.

Bem sabemos que o "trabalho de luto" é um processo normal e mesmo esperado diante de situações que se evidenciem como "perda"

para o sujeito. Neste sentido, é somente por meio da realização do luto, o qual se viabiliza mediante um verdadeiro processo de elaboração psíquica, que o ego pode, então, "chorar" suas lágrimas, ao passo que "enterra" e "sepulta" definitivamente seu objeto de amor, para assim ver-se livre e disponível para novas vivências e investimentos libidinais em direção a novos objetos de desejo presentes no mundo externo. O trabalho de luto é, portanto, uma via necessária e vital para o ego elaborar tais perdas eventuais e inevitáveis ao longo da vida e, dessa forma, poder desligar-se dos objetos perdidos, retomando o interesse pelo mundo.

Já na melancolia, a perpetuação do "mal-estar" contrapõe-se ao caráter passageiro e finito do trabalho de luto. "Mal-estar" este evidenciado pelo discurso do melancólico, repleto de autorrecriminações, bem como pelo semblante penoso e pesado, o qual representa os profundos sentimentos de tristeza, que consomem o ego do sujeito implicando-lhe as mais diversas inibições. Como nos ensina Freud, esse fato ocorre devido ao processo de *identificação* com o objeto perdido.

A perda do objeto idealizado (ideal) evidencia para o sujeito a *falta* que lhe é constitutiva, ou seja, na condição de ser "castrado" o sujeito depara-se com a precondição constitutiva que antecede seu próprio desejo, a condição e causa de seu desejo, a saber, a *falta* – evidenciada e confirmada quando o *objeto fálico* (objeto de desejo) não lhe acena mais em direção ao seu encontro. A perda do objeto representa, simbolicamente, o registro da *falta*, da incompletude, esta, por sua vez, evidenciando a *castração* (que já ocorreu). Contudo, a *identificação* com base em um *vínculo narcísico* com o objeto – vínculo este que é preservado inconscientemente à custa das autoacusações e sentimentos de desvalia – impede, por fim, o sujeito de *simbolizar* a *falta/perda*, o que representa psicologicamente sua recusa em simbolizar/reconhecer subjetivamente a *castração*.

Na falta do objeto fálico, o sujeito não pode mais reconhecer-se, ou, melhor dizendo, não pode fazer-se sentido. A identificação – introjeção com o objeto – possibilita que o sujeito preserve-o consigo de forma imaginária e desta forma a elaboração/simbolização da perda e/ou "decepção" daquele torna-se impossível. "A identificação narcisista

com o objeto se torna, então, um substituto da catexia erótica, e, em consequência, apesar do conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar à relação amorosa" (Freud, 1917; 1996, p.282). Como se pode notar, a *identificação* com o objeto é responsável pela preservação da relação ou da tentativa de se preservar o vínculo com aquele.

> Eu sei que me disseram por aí, e foi pessoa séria quem falou, você tava mais querendo era me ver passar por aí. Eu sei que você disse por aí, que não tava muito bem seu novo amor, você tava mais querendo era me ouvir cantar por aí. Pois é, esse samba é pra você meu amor, esse samba é pra você que me fez sorrir, que me fez chorar, que me fez sonhar, que me fez feliz, que me fez amar. (Cassia Eller, 1996)

Tal como nos demonstra a letra da canção citada, podemos observar, nesse discurso, que o sujeito evidencia sua dependência para com o objeto, explicitando seu saudosismo e sua incapacidade de renunciar ao desejo direcionado àquele. Contudo, o objeto perdido, agora por meio do processo de *identificação*, torna-se parte do ego do sujeito. Isso implica em que o próprio ego, identificado com o objeto (fonte de decepção, angústia e ódio), seja julgado e culpabilizado pelos sofrimentos e infortúnios da vida. Neste sentido, as autorrecriminações que o sujeito melancólico faz a si mesmo – evidenciando sentimentos de desprezo e ódio para consigo, os quais, na realidade, são sentimentos provindos de sua relação perdida com o outro – têm sua explicação na identificação narcísica do sujeito com o objeto.

> A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma *identificação* do ego com o objeto abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetal se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação. (Freud, 1917 [1915]; 1996, p.281-2)

O que podemos compreender, valendo-nos do processo desenvolvido na melancolia, é que o vínculo com o objeto constituído em uma base essencialmente narcisista implica uma relação predominantemente ambivalente (amor/ódio) com aquele. Contudo, enquanto essa relação do sujeito com o objeto não se apresenta ameaçada ou mesmo desfeita devido às várias possibilidades de acontecimentos, os sentimentos hostis permanecem inconscientes e latentes, dando margem, então, apenas às expressões de amor e afeto para com o objeto. É no momento da perda, sentida como catastrófica para o sujeito, que se torna evidente a presença dos sentimentos mais hostis implicados nessa relação. A *ambivalência* dos sentimentos é outra marca fundamental da melancolia, e encontra-se aí a base explicativa para as autoacusações do melancólico, bem como os sentimentos de culpa inerentes a esse processo.

> Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcisista, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. A autotortura na melancolia, sem dúvida agradável, significa, do mesmo modo que o fenômeno correspondente na neurose obsessiva, uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objeto, que retornaram ao próprio eu do indivíduo [...]. Via de regra, em ambas as desordens, os pacientes ainda conseguem, pelo caminho indireto da autopunição, vingar-se do objeto original e torturar o ente amado através de sua doença, à qual recorrem a fim de evitar a necessidade de expressar abertamente sua hostilidade para com ele. (idem, p.284 – grifo nosso)

Essa passagem do texto permite-nos perceber a síntese de todo o processo melancólico, bem como a maneira pela qual Freud o compreendeu. Ou seja, diante da perda, as catexias ligadas ao objeto regridem ao registro do *narcisismo,* implicando em toda dialética afetiva ambivalente (*ambivalência*) para com aquele, assim como para com o próprio ego identificado com o objeto perdido.

Chamemos a atenção para a passagem destacada: "um amor que não pode ser renunciado" (este amor que nesse processo refugia-se

na *identificação narcisista*). Podemos compreender a dependência do sujeito com relação ao objeto (fálico) imaginário. O que se trata, de fato, é da incapacidade do sujeito em renunciar a esse "amor" *idealizado*, relação esta que, como constituída sob as égides do narcisismo, compõe para o indivíduo a garantia de um espaço subjetivo de *gozo*. Como característica dos vínculos narcísicos, a relação com o objeto não tolera, nem permite de bom grado, que se evidenciem subjetivamente as dimensões de alteridade entre o *eu* e o *outro*, fato este que se torna claramente evidente quando o objeto já não acena ao encontro do desejo do sujeito. Nesse caso, entra em ação a prevalência dos sentimentos ambivalentes (amor/ódio) com relação ao objeto perdido e, posteriormente, ao próprio ego.

Essa relação narcísica, baseada em um imaginário de completude, evidencia a máxima postulada por Lacan (1958 [1957]; 1999) sobre o estatuto do desejo, a saber, que *o desejo é o desejo do outro* – ou ainda mais primariamente, em um tempo anterior à castração simbólica (momento em que a criança faz suas *demandas* ao outro materno) o desejo viabiliza-se em puramente desejar o desejo do outro –, em suma, *desejo de* desejo. "Por fim amamos o próprio desejo, e não o desejado" (Nietzsche, 2005, p.72).

Para uma melhor compreensão disto a que nos referimos aqui, podemos considerar que o sujeito melancólico deseja o desejo do outro (objeto), assim como o pequeno infante em sua relação com o grande outro (a mãe) – momento da vida plenamente caracterizado pelo narcisismo, em que o sujeito se faz *falo* para essa mãe –, ao passo que em sua vida posterior, quando um determinado objeto (de desejo) já não lhe acena mais, o processo patológico da melancolia entra em jogo, emergindo os sentimentos ambivalentes e a culpa com relação ao objeto perdido e ao próprio ego que se vislumbra indigno de qualquer valor. Como enfatizamos anteriormente, esse "amor que não pode ser renunciado", como nos explica Freud, evidencia em última instância (ademais os outros fatores não menos importantes) a recusa em subjetivar/reconhecer a *castração*, ou ainda a própria *defesa* contra a *angústia da castração* – que já ocorreu e é precondição para a possibilidade de desejar enquanto seres *faltantes* e incompletos que somos.

Depressão e psicanálise

> *Psíquico – assim pode-se nomear o vazio – poderia significar aqui a hipótese do isolamento, da privação sensorial como medida de conservação de si, em estado de perigo. A depressão – clinicamente – pode ser por aí reconhecida, desde que não pressionemos o paciente para sair dela. Pois, na verdade, ele não tem que sair dela*
> *(Pierre Fédida)*

No tópico anterior ("Luto e melancolia") nos dedicamos a resgatar o legado freudiano no que se refere à questão da melancolia, a fim de delimitarmos um parâmetro de ordem psicopatológica no que diz respeito ao problema das depressões e/ou da melancolia. Como expusemos anteriormente, a melancolia *strictu sensu* evidencia um processo patológico na medida em que a dinâmica e o funcionamento melancólico "consomem" o ego do indivíduo, envolvendo-o em um processo cíclico de vivência do "mal-estar", em uma situação em que o sujeito torna-se incapaz de elaborar a situação de perda – o que, caso ocorresse, concluiria um processo o qual poderíamos identificar como sendo um "trabalho de luto".

Com relação às depressões nos tempos atuais, em que qualquer manifestação de dor e sofrimento é diagnosticada necessariamente como "depressão", podemos observar uma verdadeira "patologização" de qualquer indício de "mal-estar", bem como um ideal "espetacular" de saúde subjacente a tal prática, que obedece, por sua vez, à mesma lógica de nossa atualidade *pós-moderna, consumista* e *espetacular*.

Por conta disso, cabe-nos a tarefa de lançar uma luz ao fenômeno da depressão, o qual será entendido mediante a compreensão psicanalítica acerca da questão.

Em um primeiro momento, ao nos depararmos com um indivíduo depressivo, especialmente no âmbito clínico, a sensação que temos é que a tarefa analítica mostra-se infrutífera diante do silêncio e do desejo vacilante típicos nessas situações. A fala sucinta do sujeito,

somada ao excesso de interioridade, expressando pouca abertura ao diálogo e à possibilidade de saber-de-si, evidencia, para nós, um indivíduo identificado com o rótulo da "depressão" e que obtém, evidentemente, determinado *gozo* e *satisfações secundárias* por meio de seu "mal-estar". Ao contrário do que a ideologia dominante (saberes e práticas) pressupõe sobre o problema das depressões – um mal a ser extirpado emergencialmente do indivíduo, visando a "recuperação" que o tornaria novamente capaz de *(a)parecer* diante do mundo –, nos é evidente que muitas vezes a "mal-dita" depressão refere-se antes a um "tempo de subjetivação" necessário para o sujeito que vivencia tal condição psicológica.

> Deixe-me ir, preciso andar, vou por aí a procurar – rir pra não chorar [...] Se alguém for lhe perguntar, digas que eu só vou voltar – depois que eu me encontrar. (Cartola, 1976)

Em nossa atualidade, cujos ideais socioculturais delineiam as categorias de valoração sobre o mundo de uma forma geral, qualquer atitude que não corresponda às expectativas espetaculares está sujeita a ser considerada como patológica. Assim, a incidência cada vez maior de diagnósticos de depressão revela a intolerância frente aos modos de subjetivação opostos aos ideais contemporâneos – não pode haver *tempo* para a introspecção e a reflexão.

> O modo maciço com que a depressão se abate sobre o sujeito e a forma densa e compacta do "ar" deprimido contrastam com a expansão e o desabrochar representativo que caracterizam, na transmissão intersubjetiva, a noção imediata que adquirimos ao ânimo de viver no outro. É esse o "fechamento do tempo", do "ambiente" humano, que confunde: uma morbidez que suscita a ideia de doença. (Delouya, 2001, p.18)

Poderíamos, dessa forma, compreender que se o sujeito vivencia sentimentos de natureza depressiva, nos é necessário suportar o silêncio dominante e a recusa em falar, o que não necessariamente revela uma condição patológica a ser imediatamente revertida – ao contrário, mediante uma verdadeira "autorização do silêncio", proporcionada

pela *escuta analítica,* podemos abrir o caminho necessário para acessar o inconsciente –, haja vista, ainda, que esse posicionamento pode representar uma genuína "resistência" perante os ideais de saúde mental e "bem-estar" priorizados pelos discursos sociais que obedecem e forjam-se por meio da mesma *lógica espetacular* e *consumista* da sociedade contemporânea:

> A depressão assinala que "não é para falar". O fechar-se, neste caso, denota, paradoxalmente, uma abertura, em que algo se remaneja, se reordena ou se recompõe. [...] Uma distensão ou abertura na estrutura do conflito, que facilita a entrada de correntes pulsionais, em decorrência da *análise,* clama por uma reconsideração, uma reorganização, o que torna os momentos depressivos parecidos com o fechamento para balanço, ou para reforma, dos estabelecimentos comerciais. (idem, p.88-9)

O momento depressivo pelo qual o sujeito vivencia mostra-se como uma possibilidade e uma oportunidade singulares para a tarefa de *saber-de-si,* o que, evidentemente, pode e deverá ser proporcionado mediante um trabalho clínico em psicoterapia. A depressão, do mesmo modo que a angústia, a ansiedade, o medo, o pânico, as fobias, as paixões enquanto *pathos* de uma forma geral, o sentimento de "mal-estar" por vezes inefável, enfim, indica em última instância que algo no sujeito clama por uma possibilidade de *elaboração subjetiva* e compreensão interna.

Sabemos, hoje em dia, que os manuais de Psiquiatria catalogam e renomeiam diversas categorias de sentimentos, afetos e humores, forjando entidades e quadros psicopatológicos em suas variadas combinações com base em uma leitura sintomatológica sobre o indivíduo. Tal método, enquanto norte para formulações diagnósticas, só acaba desconsiderando toda a dimensão subjetiva das sensações físicas aparentes, implicando então em uma classificação do sujeito, ao mesmo tempo em que o marca com o rótulo psicopatológico.

Já de um ponto de vista da psicanálise acerca do fenômeno depressivo, podemos configurar outra espécie e natureza de entendimento no que se refere à depressão.

Ao ponderarmos o curso de desenvolvimento da criança desde o nascimento, bem como todo o desenvolvimento e a estruturação do

psiquismo, podemos compreender por que o *desamparo* e seu correlato, a *angústia*, são afetos primordiais que marcam a psique desde sua origem. No início, antes da separação entre o *eu* e o *mundo externo*, a ilusão de completude e unificação devido à indiferenciação eu-outro caracteriza um momento mítico da subjetividade. Correspondente ao *narcisismo primário*, esse momento é permeado por sentimentos de onipotência por parte da criança, uma vez que esta vivencia a ilusão mítica de satisfação total das pulsões. Progressivamente, a alternância do seio materno, bem como as idas e vindas desse grande outro (a mãe), vai frustrando o pequeno infante no que tange às demandas por satisfação imediata de suas necessidades. A ausência materna no momento exato da demanda infantil abre espaço para o *registro da perda*, que se viabiliza por meio dos sentimentos de frustração, como também possibilita, por esse viés, a diferenciação do eu-mundo externo. Em suma, funda-se o psiquismo por meio da *dimensão de alteridade*. A partir de então, toda busca por determinado objeto de satisfação é, na verdade, a tentativa de (re)encontrar tal objeto, a saber, o objeto primordial perdido para sempre – e que de fato nunca existiu, a não ser por intermédio de um registro *narcísico*. Esse objeto primordial forjado imaginariamente em um período precoce antecedente à clivagem consciente/inconsciente (*recalque primário*) subsiste posteriormente à separação eu-outro, constituindo um registro imaginário (narcísico) de uma possível sensação de completude ilusória. Esse *resto* que permanece, apesar da separação, e que impele o sujeito em sua eterna tentativa de o (re)encontrar, Lacan o define como o "objeto-*a*" – causa do desejo.

> O sentimento de ter perdido o objeto ou aspectos dele, e a resignação diante desta perda, à medida que a criança não é capaz de restaurar o objeto dentro de si, marca o nascimento do afeto depressivo, assim como o da instalação da sensibilidade depressiva. A superação ou a vulnerabilidade a esse estado dependerão, em primeiro lugar, do objeto – da sua disponibilidade para com a criança desde os primeiros momentos da vida e, consequentemente, do trabalho de luto. O afeto depressivo situa-se, então, nesse ponto central de transição, constitutivo do psiquismo, em que a abdicação narcísica, da onipotência e da fusão, se faz necessária. (idem, p.37)

Temos então que é somente por meio da *perda* que o sujeito pode advir enquanto tal, ou seja, só assim é possível constituir-se a subjetividade marcada pela *alteridade*, o que posteriormente possibilitará a formação do *ego*. A *perda*, sentida como *desamparo* pela criança – provocando-lhe *angústia* –, marca a ruptura do circuito de *gozo* narcísico, correspondente à relação estabelecida com o objeto primordial: o objeto-*a*. "A depressão refere-se, portanto, *não* a uma perda do objeto, como totalidade perceptivelmente configurada, mas à perda de um *espaço de gozo*" (idem, p.41).

A perda de um espaço de gozo inevitavelmente remete ao campo circunscrito e caracterizado pelo registro da *falta*, perda que se configura como falta, esta como fundante do psiquismo e como precondição para a existência e manifestação do *desejo*. Sentir, ou pré-sentir subjetivamente a dimensão da *falta*, é sempre uma percepção angustiante para o sujeito, na medida em que evidencia a *castração*, no sentido de que pela revivência do registro da perda primordial o sentimento nostálgico para com o "paraíso perdido" é também revivido. Esse "sentimento nostálgico", evidenciado pela dimensão do vazio, é o fenômeno psicológico depressivo propriamente dito.

> A depressão pode ao mesmo tempo ser comparada (ou mesmo assimilada) a *um trabalho de luto* e ser concebida como uma *organização narcísica primária protetora de um luto e defensiva contra um luto*. Esses aspectos – aparentemente contraditórios – fazem a complexidade do fenômeno depressivo. (Fédida, 1999, p.23)

Desta forma, segundo Fédida (idem), considerarmos a depressão como uma *organização narcísica primária defensiva contra o luto*, apesar de ser uma afirmação aparentemente contraditória, faz sentido ao relacionarmos o mesmo fenômeno como expressão de uma espécie de "sentimento nostálgico" com relação a um *espaço de gozo* – ou como tentativa de preservação desse "paraíso perdido". Neste sentido, a defesa contra o luto significa a própria dificuldade e/ou "recusa" inconsciente em elaborar psiquicamente os registros da *perda* e da *falta*. Ou ainda, seria mesmo a reação depressiva defensiva diante do

vislumbre da *castração-falta*, uma vez que o sujeito depara-se com sua condição de *incompleto* e *faltante*, com o *vazio* constitutivo de seu próprio desejo e de seu próprio ser.

> Se os estados depressivos visam a um espaço de gozo do qual o sujeito se sente apartado, a função depressiva seria, então, de ordem *narcísica*, de preservação e garantia desse espaço. [...] Isso significa que, ao se encarregar de preservá-lo, a depressão se torna a função mais fundamental da vida psíquica ou a própria condição desta. A vigilância sobre o espaço da psique torna-se premente quando da ameaça sobre a sua permanência, lançando mão da defesa depressiva. A depressão surge, portanto, à semelhança da angústia, como "evocação de lembrança" da ameaça inaugural sobre o espaço de gozo mítico de origem. (Delouya, 2001, p.44-5)

Ou seja, a depressão seria, portanto, uma *organização narcísica* na medida em que a preservação do espaço de gozo visa à perpetuação e à manutenção do próprio *narcisismo primário*, este enquanto mediado essencialmente pelo "*princípio do prazer*", em que a satisfação das pulsões não encontraria impedimentos. Em suma, onde o outro enquanto sede dos significantes (outro como linguagem), enquanto representante da alteridade subjetiva, não se configurasse como via essencial e necessária, constituindo uma "hiância" entre o sujeito e seu próprio desejo. Poderíamos conceber, desta forma, que a depressão, ao mesmo tempo em que defende o sujeito de um possível luto, também prepara o ego para o enlutamento.

A esse respeito, não podemos nos furtar de considerar outro artigo de Freud (1914-1916; 1996), intitulado *Sobre a transitoriedade*, no qual são apontadas mais algumas ponderações a respeito da preparação do ego para o luto. Nesse brevíssimo artigo, Freud relata um passeio que faz na companhia de dois amigos em um dia de verão e observa que um de seus colegas, o poeta, admirava a beleza toda a sua volta, contudo, não extraía disso qualquer sentimento de alegria.

> Perturbava-o o pensamento de que toda aquela beleza estava fadada à extinção, de que desapareceria quando sobreviesse o inverno, como toda

> beleza humana e toda a beleza e esplendor que os homens criaram ou poderão criar. Tudo aquilo que, em outra circunstância, ele teria amado e admirado, pareceu-lhe despojado de seu valor por estar fadado à transitoriedade. (idem, p.345)

Diante desse fato sobre a natureza de todas as coisas, a saber, seus destinos inevitavelmente transitórios, Freud nos indica o desenvolvimento de dois tipos de impulsos diferentes na mente: o desalento penoso sentido pelo poeta e a revolta e rebelião quanto a essa condição das coisas. Ao argumentar com seus colegas sobre a elevação/valorização das coisas que a própria condição de transitoriedade trazia (ao invés de diminuir seus valores), e percebendo que pouco tocavam-no as observações feitas a esse respeito, Freud só pôde considerar que algum fator emocional muito poderoso achava-se em ação, fazendo-os perturbar o discernimento. Freud conclui, então, a esse respeito:

> O que lhes estragou a fruição da beleza deve ter sido uma revolta em suas mentes contra o luto. A ideia de que toda essa beleza era transitória comunicou a esses dois espíritos sensíveis uma antecipação de luto pela morte dessa mesma beleza, e como a mente instintivamente recua de algo que é penoso, sentiram que em sua fruição de beleza interferiam pensamentos sobre sua transitoriedade. (idem, p.346)

Esse recuo diante de tudo que é penoso, bem como a revolta contra o luto ao mesmo tempo em que se forja uma antecipação do luto propriamente dito, evidencia a confluência da própria "pulsão de morte" (inerente ao sujeito), coincidindo com os fatos da *transitoriedade* confirmados pela "prova de realidade" efetuada no seu mundo circundante, ou seja, como Freud (1920; 1998) expõe em *Além do princípio do prazer*, evidenciando a existência da pulsão de morte, a qual insiste em fazer-se reconhecer e obter satisfação por meio das repetições, denotando o embate eterno entre vida e morte no próprio interior do sujeito, na medida em que a "prova de realidade" confirma a efemeridade das coisas e da natureza, bem como da vida de uma forma geral. Essa constatação é uma afirmativa (por um viés retroativo) da

própria verdade do *real*[1] pulsional do sujeito. O fenômeno da transitoriedade confirma para o ser, em sua existência com relação ao mundo, que tudo está fadado a perecer com a passagem do tempo, retornando então a um estado anterior à vida.

> [...] ele deve ser um estado de coisas *antigo*, um estado inicial de que a entidade viva, numa ou noutra ocasião, se afastou e ao qual se esforça por retornar através dos tortuosos caminhos ao longo dos quais seu desenvolvimento conduz. Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões *internas*, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que *"o objetivo de toda a vida é a morte"*, e, voltando o olhar para trás, que *"as coisas inanimadas existiram antes das vivas"*. (idem, p.49)

Assim, a verdade constatada por intermédio da prova de realidade – concretizada no simples fato de viver no mundo, confirma ao sujeito a verdade de suas pulsões, especificamente a dimensão *real* daquelas, sua dimensão não passível de simbolização só podendo se expressar por meio das repetições e da dimensão "ensurdecedora" das lacunas e vazios do desejo, bem como dos silêncios inefáveis do próprio discurso.

Quanto ao processo ou trabalho de luto relacionado à questão da pulsão de morte, podemos perceber que essa "tendência" do sujeito rumo à finitude, a qual não pode ser simbolizada, paradoxalmente impele, como uma força motriz, o sujeito ao enlutamento, o qual, no interior e na vivência desse processo doloroso, pode simbolizar suas perdas, efetivando o afastamento necessário de tudo que pode causar dor e angústia, visando à reorganização psíquica e ao reequilíbrio dinâmico libidinal.

> Acreditamos que a força que, no luto, nos leva a separar-nos do morto é uma das expressões da pulsão de morte, tal como a concebemos. De fato,

---

1 Termo referente aos registros *Simbólico, Imaginário e Real*, de J. Lacan*;* O *real* impossível de ser "escrito"/simbolizado, referente ao registro das pulsões no psiquismo.

> postulamos que a pulsão de morte é essa força interior que tende a nos desembaraçar de todos os obstáculos ao movimento da vida. A pulsão de morte conserva a vida. Assim, o luto é um lento processo de separação vital do morto e de regeneração do conjunto do eu. (Nasio, 1997, p.187)

Por fim, é somente por meio do "trabalho de luto" que o sujeito tem condições de *simbolizar* as eventuais perdas reais ou imaginárias no seu existir. Todo o processo que o luto envolve, seus mecanismos psicológicos próprios, como o "teste de realidade", subsequentemente a retirada de catexia do objeto perdido, seguida progressivamente de um reinvestimento libidinal em direção a novos objetos, tudo isto é fruto de um processo de *simbolização* que só o luto pode realizar. Neste sentido, o "trabalho de luto" tem por finalidade significar e simbolizar a dimensão da *falta* (perda), ao mesmo tempo em que protege o ego de ser destruído. Em suma, o luto é um processo vital para o restabelecimento e reorganização do sujeito diante de sua "ferida narcísica" denunciada e (re)evidenciada por uma eventual situação de perda.

> E o luto é *aquilo que o humano carrega* em sinal de um *segredo*, quando a morte retira da fala e do seu gesto corporal o outro que fundava o reconhecimento de uma realidade, garantindo assim sua íntima identidade. A *relíquia*[2] – que não deixa de ter semelhança ou relação com o fetiche – lembraria que o luto, antes de ser concebido como um *trabalho*, protege o enlutado contra sua própria *destruição*. (Fédida, 1999, p.38-9)

E ainda em articulação com o fenômeno depressivo, o autor conclui:

> Gostaria de enfatizar que aquilo que chamamos *depressão* define-se por uma posição econômica que diz respeito a uma *organização narcísica do vazio* (segundo uma determinação própria à inalterabilidade tópica da *psique*), que se assemelha a uma "simulação" da morte para se proteger da morte. (idem, p.39)

2 Fragmento de um corpo desaparecido no qual se recolhe a lembrança do ser em sua totalidade, a relíquia é objeto sacralizado que, superando seu caráter normalmente insignificante no cotidiano, proíbe que dali em diante o desaparecido habite entre seus hábitos, e lhe atribui como residência alguns pobres restos dele retidos ou retirados de sua aparência. (Fédida, 1999, p.52)

Neste ponto encontramos a base explicativa para os sentimentos depressivos, bem como para as expressões pesadas e extremamente interiorizadas, o silêncio e o vazio predominantes e característicos dos pacientes depressivos. Isto porque, como define o autor, o luto, antes de ser um *trabalho*, tem por função proteger o enlutado de sua própria destruição. A destruição melancólica, como sabemos, envolve toda a mistura de ódio e amor devido à ambivalência de sentimentos que "animam" o corpo inerte pela passividade própria da melancolia e que violentam o próprio ego e os outros, valendo-se de suas projeções.

> Face ao enigma que propõe a violência do Outro, o sujeito – aqui tornado assujeitado – se vê como confrontado a uma ausência de alteridade. No lugar daquilo que faz laço social – audível, compreensível –, surge repentinamente um espanto no qual o sujeito irá se alienar. Essa perda de referências – e seus efeitos de desligamento – encontra seu princípio numa ferocidade emprestada ao outro, e se impõe ao sujeito como a lembrança de uma dor, o sentimento indefinível de uma perda que o mergulha no sofrimento, na indignação, na inibição e na passividade. (Hassoun, 2002, p.19-20)

Contudo, essa organização narcísica que caracteriza o fenômeno depressivo (semelhante que seria ao próprio luto) se faz como uma verdadeira "simulação" da morte (do vazio) para se proteger dela mesma. Tal simulação, evidentemente, forja-se em torno de uma tentativa de simbolização do vazio, o que inevitavelmente constitui-se por um *viés depressivo*, e só assim é possível ao ego retirar a libido do mundo externo, desinvestir o mundo libidinalmente, o que acarreta retraimento e interiorização subjetiva. O que temos, porém, é que a retirada de libido do objeto nunca se realiza com facilidade, pois o ego resiste em desligar-se dos objetos aos quais investe libidinalmente.

A "simulação da morte", portanto, só pode se expressar imaginariamente – no que tange às representações de sentimentos de "autopiedade" e "vitimização" diante de si mesmo e dos outros – e simbolicamente na medida em que é necessário significar esses conteúdos, o que implica em uma tentativa de *simbolização* do *vazio*, o qual é expresso e representado por meio dos sentimentos penosos, da

inibição depressiva de uma forma geral e, em sua extrema radicalidade, da introspecção excessiva e do *silêncio*. Desta forma, a "simulação da morte" pode ser entendida como a própria *simbolização* do *vazio*, que, apesar de inefável (o real impossível de escrever), necessita dos símbolos (representantes-significantes) para fazer-se enquanto *sentido*.

> Sei que vou morrer, não sei o dia... levarei saudades da Maria,
> Sei que vou morrer, não sei a hora... levarei saudades da Aurora,
> Quero morrer numa batucada de bamba, na cadência bonita do samba.
> (Ataulfo Alves, 2003)

Simbolizando a morte (o vazio), é possível brincar com ela, como na canção citada, ao invés de emudecer-se diante de seu vislumbre. Neste sentido, o enlutamento, tal como a depressão, requer um "tempo e um espaço subjetivo" necessários para o reordenamento de elementos psíquicos, estes reativados e (des)construídos diante das eventuais perdas inerentes às próprias condições da vida.

> E é finalmente a uma questão do tempo na psicanálise que nos conduzem tais hipóteses sobre depressão – luto – melancolia. O *grande enigma do luto* talvez seja o poder de um tempo em que concede aos vivos o sono para sonhar a morte, protegendo-os assim de uma violência que apenas o melancólico conhece. (Fédida, 1999, p.49)

A depressão, entendida desta forma, assim como o luto, é um processo criativo de um ponto de vista metapsicológico, no sentido de que, a partir da perda simbolizada, novas representações são criadas. O que antes era ausência, falta, vazio, agora é nomeado e significado, ganhando o ego em termos de significações e representações simbólicas.

Depressão, angústia e sociedade

É chegado o momento – após termos nos dedicado a ponderar alguns aspectos de nossa cultura atual, bem como a apreender o fenômeno depressivo à luz da psicanálise –de, enfim, tecermos algumas

reflexões necessárias à compreensão da depressão, entendida como uma das grandes modalidades de "mal-estar" na contemporaneidade.

Como exposto no primeiro capítulo, nossa atualidade é constitutivamente repleta de determinados dispositivos socioculturais que forjam condições de possibilidades para a emergência de sentimentos de angústia e desamparo. Desta forma, podemos identificar determinadas condições e dispositivos específicos que impactam os sujeitos como verdadeiros "disparadores" de angústia e "mal-estar".

Claro está, ainda, que a atualidade, ao mesmo tempo, oferece uma gama de possibilidades em todos os demais sentidos (inclusive em favor da vida e como facilitadores desta) como jamais vistos em outras épocas. No entanto, nossos objetivos nos impelem a considerarmos determinados dispositivos específicos, no sentido de caracterizarmos as condições de possibilidades e/ou causas, ou melhor dizendo, os dispositivos disparadores de sentimentos de "mal-estar", e, principalmente, identificarmos o semblante e a imagem (por vezes caricatural) da depressão como esta nos é representada em nossa prática profissional cotidiana.

Desta forma, o cenário social *pós-moderno* e *espetacular* (com tudo que isso implica no empobrecimento das subjetividades), este pano de fundo, palco figurado e forjado por meio das (a)parências, ao mesmo tempo em que nos propicia vivências entre o limiar da angústia e do gozo efêmero, nos oferta, também, receitas da mesma forma *espetaculares*, nas suas devidas proporções, para solucionarmos o problema de nossas dores e angústias. O mais impactante é perceber que os discursos de saberes predominantes sobre a depressão especificamente têm, evidentemente, a mesma ideologia espetacular implícita em suas práticas correspondentes e que refletem um ideal de saúde que obedece, por sua vez, a toda a lógica consumista e mercadológica típica de nossa atualidade.

Primeiramente, considerando alguns dados da nossa prática profissional, podemos perceber com facilidade como a depressão tornou-se objeto de uma total banalização conceitual. A depressão é assim banalizada no sentido de que temos a sensação real, provinda de nossa prática profissional, de que "tudo nos dias de hoje é depressão". E de fato assim o é, haja vista o número sempre ascendente de pessoas identificadas com esse diagnóstico.

Essa banalização do conceito de depressão implica em diagnósticos formulados superficial e apressadamente. Neste contexto, podemos constatar a imprecisão e o não consenso entre os distintos campos de saberes/práticas sobre o mesmo fenômeno, e assim, progressivamente, tornou-se muito comum profissionais alheios ao campo Psi e sem qualquer especialidade em psicopatologia formularem tais diagnósticos e prescreverem, indiscriminadamente, os psicofármacos como proposta (muitas vezes a única) de cura. Como sabemos, toda a tendência à medicalização justifica-se e encontra seus pressupostos explicativos nas concepções biologizantes da subjetividade – tão em voga nos dias de hoje.

> A tendência que explica a depressão orgânica e fisiologicamente confere à dimensão individual a culpa pelo adoecimento e, ao mesmo tempo, retira do homem a possibilidade de se responsabilizar e se apropriar subjetivamente dos movimentos que poderiam levá-lo a alterar este estado de coisas. Da melancolia, como traço constitutivo da subjetividade burguesa, à depressão, doença orgânica a ser medicada através de remédios específicos, desvela-se um eixo ideológico que visa à apropriação e ao controle dos fenômenos individuais. Exacerba-se a dimensão individual, ampliando as possibilidades de a ordem coletiva exercer controle. (Bolguese, 2004, p.18-9)

Nessa perspectiva, vemos claramente que a medicalização exacerbada resulta em uma apropriação dos corpos e das subjetividades, na medida em que, por esse viés, concretiza-se o verdadeiro controle das individualidades. No entanto, o sujeito da atualidade é exatamente aquele que possui como característica maior a incapacidade de sofrer e, em contrapartida, demanda e deseja soluções rápidas e, principalmente, sem comprometimento subjetivo com a possível resolução de suas dificuldades. Nessa relação entre o sujeito e os discursos e práticas que lhe direcionam determinadas condutas e posicionamentos, o casamento perfeito em tempos pós-modernos é exatamente aquele entre a demanda (esta como desejo de "apaziguamento instantâneo da dor") e os "milagres psicofarmágicos" das medicações psiquiátricas. Se de um lado temos todo um arsenal psicofarmacológico disponível

ao enfrentamento dos sofrimentos psíquicos, de outro lado temos os próprios sujeitos que demandam tal saber e prática apaziguadora, uma oferta aparentemente definitiva e instantânea. Em um mundo em que o tempo é o senhor maior e a base de todas as medidas, não é mais possível "desperdiçá-lo" com reflexões e processos de pensamento interiorizados. É mais aceitável em nossa época apaziguar instantaneamente qualquer sinal de sofrimento, evitando e ignorando processos e construções subjetivas tão desvalorizadas hoje em dia.

> [...] assistimos um *conluio* curioso entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido. Sua impossibilidade de se abrir aos cenários e fantasmas e à denominação do que se passa nele (é esta, afinal, que indica uma atividade associativa) fixa-o num queixume compacto sobre suas disfunções: "não posso isso, não consigo aquilo..." ou "poderia o senhor me receitar um remédio...". A ignorância de tudo que constitui a dimensão *não sensorial* da linguagem – do psíquico – une, portanto, o fenômeno depressivo com a parafernália nosográfica da psiquiatria. (Delouya, 2001, p.28)

É nessa verdadeira "solução de compromisso" que o sujeito se estabelece com o outro, que viabiliza sua total alienação no tocante à desconstrução da possibilidade de saber-de-si, necessária a uma compreensão subjetiva e interna (*insight*) sobre suas próprias condições. Nesse pacto entre o desejo de não saber-de-si, ou melhor dizendo, exatamente nesse *não* querer nada *saber disso* que se passa consigo mesmo, em que o sujeito pode furtar-se de se haver com seus sintomas manifestos e angústias, aquele, então, encontra, na sedação e no ânimo artificial das químicas, a perpetuação insinuante, e por vezes silenciosa, de seu "mal-estar".

Como podemos constatar por meio da realidade de nossa prática profissional, muitas vezes a medicalização que persiste como mecanismo principal na vida do paciente acaba por resultar em um verdadeiro processo de *alienação subjetiva,*[3] levando em consideração que os medicamentos não favorecem os processos de subjetivação e elaboração

---

3 Esse processo de *alienação subjetiva* será discutido no capítulo 4.

psíquicas e que, apesar de proporcionarem certo alívio em relação aos sintomas manifestos, por outro lado, produzem determinadas sensações físicas e psicológicas desconfortáveis como consequências de seu uso prolongado.

Ademais, sabemos, com base em estudos psicanalíticos, que enquanto o *sintoma* é genuinamente um representante deformado de determinados conteúdos psíquicos do sujeito, na impossibilidade de simbolizar-se tais conteúdos e, ao invés disso, proporcionando-lhe sua supressão abrupta, o que teremos em um futuro próximo na vida do indivíduo é uma outra readaptação da expressão desses sintomas, uma verdadeira reconfiguração simbólica, no sentido de aqueles viabilizarem-se por caminhos outros, forjando de alguma maneira a *satisfação* que o sintoma intenta realizar.

É curioso percebermos que, nessa situação, a medicalização pode, ao final, perpetuar os sentimentos de "mal-estar", ao invés de cessá-los, pois acompanhada das inegáveis sensações de alívio imediato constatamos o surgimento de outras sensações desprazerosas, além do próprio conflito psíquico que permanece inconsciente e sem resolução psicoterapêutica. É nesse sentido que, sobre os ansiolíticos e antidepressivos, Bolguese (2004, p.81-2) exemplifica:

> Em relação aos ansiolíticos e antidepressivos, as pessoas que sofriam de distúrbios neuróticos extremamente limitantes, tiveram a oportunidade de se sentirem melhores. Porém, a partir do alargamento da utilização dessas drogas, os sujeitos foram sendo gradativamente condenados a uma nova forma de alienação, pois se busca curar o sujeito de sua condição humana, prometendo o fim do sofrimento psíquico através de pílulas, que apenas fazem suspender os sintomas para reorganizá-los de outro modo em seguida (do mesmo modo que observara Freud, em 1895, quando do emprego das técnicas hipnóticas no tratamento das pacientes histéricas).

Como Bolguese (idem) aponta, a medicalização em larga escala ou sua utilização como única e exclusiva ferramenta terapêutica prescrita consolida uma determinada modalidade de alienação subjetiva, no sentido de que dessa forma priva-se o sujeito da tarefa de saber-de-si como processo de cura de suas aflições psíquicas.

Convém lembrarmos, entretanto, que a oferta das "pílulas mágicas" vem em consonância com a demanda de cura caricatural típica de nossa atualidade, ou seja, as individualidades que *desaprenderam a sofrer* necessitam dessas fórmulas apaziguadoras dos humores, pois se o sofrimento não é mais algo suportável em nossos dias, estes, então, devem ser suprimidos com toda urgência e imediatismo. Por esse viés, é possível compreendermos como a dimensão do *sofrimento* humano foi transmutada em seus atributos de valoração, relegando aquele à categoria *dor*. Esse deslocamento valorativo pressupõe não só uma compreensão de natureza distinta sobre o sofrimento como também prescinde de que tal "mal-estar" compreendido dessa maneira seja instantaneamente medicado, como se faz com uma dor de cabeça, por exemplo. Essa diferença de *status* entre sofrimento e dor altera completamente o entendimento sobre o sofrer humano, uma vez que pela compreensão deste como dor não se possibilita que o sofrimento seja entendido como inerente à natureza humana, ao contrário, pressupõe-se que, enquanto dor, este não possa e nem deva ser tolerado.

> Assim, sem querer tergiversar e indo direto ao ponto, gostaria de dizer que o mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como *dor* e não como *sofrimento*. Vale dizer, a subjetividade contemporânea não consegue mais transformar dor em sofrimento, estando aqui a sua marca diferencial. Ao lado disso, formularia que, se o sofrimento era a marca específica pela qual a subjetividade metabolizava o mal-estar na modernidade, a dor passou a ser o traço inconfundível pelo qual aquela se confronta com o mal-estar na pós-modernidade. (Birman, 2006, p.190-1)

Enfim, temos, na atualidade, uma concepção a respeito do ser humano que destaca que não lhe é discernido seu lugar como ser de conflito, especialmente em relação a essa modalidade de sujeito revelada pela psicanálise, mas de acordo com as demandas sociais espetaculares as individualidades não podem (e não devem) sofrer como outrora, afinal, nosso admirável mundo novo é a promessa e a insistência de que a mais alta tecnologia permite que sejamos sempre completos e plenos.

Para além da questão exposta, ou seja, a transfiguração do entendimento de *sofrimento* para a *dor*, podemos perceber também como a sociedade capitalista, mediante seus mecanismos globalizantes, propicia às individualidades o solo fértil para a construção e a produção da depressão como uma das principais modalidades de "mal-estar" na contemporaneidade.

Especificamente as camadas mais carentes da população (em termos de recursos financeiros) compõem a grande maioria dos usuários efetivos dos serviços públicos de saúde – os quais são alicerçados e assegurados pelas diretrizes do SUS. Desta forma, essa coletividade, devido ao já posto estado de alienação cultural (fruto das condições de miserabilidade), está potencialmente mais exposta aos mecanismos que capturam e controlam os indivíduos na atualidade. As condições desfavoráveis de existência, como a miserabilidade e a precariedade de condições de vida, atuam como verdadeiros dispositivos disparadores de sentimentos de "mal-estar". Neste sentido, a maior parte dos usuários do SUS (por ter esse perfil) já se encontra em um solo existencial profícuo para sentimentos de impotência e, por vezes, depressivos.

A transfiguração da *dor* na atualidade é, contudo, uma construção cultural, portanto, captura as individualidades independentemente de classes sociais.

> Especificamente a depressão, e não qualquer outra *doença* ou *patologia* da contemporaneidade, adquire importância na medida em que passa a representar a resposta (*avalizada pelo discurso científico?*) aos impasses de natureza social evidente. A cristalização das estruturas sociais e a tentativa de adaptação e confinamento do homem a uma existência alienada e alienante são características próprias da evolução da sociedade capitalista, que alcança hegemonia na medida em que tem conseguido circunscrever no âmbito individual as tensões e angústias que o sujeito passa a viver como próprias. (Bolguese, 2004, p.158)

Nessa rede de dispositivos pela qual o sujeito é atravessado, encontramos como pano de fundo existencial uma configuração sócio-político-cultural espetacular. Como seu fruto direto e imediato, vivenciamos a dita transvaloração do *sofrimento* em *dor* e, por fim, uma "culpabili-

zação" do sujeito devido aos infortúnios que este vivencia, ainda que tais infortúnios provejam de condições sociais favoráveis também em outras circunstâncias alheias às possibilidades desse sujeito.

A ruptura das fronteiras entre o *público* e o *privado*, uma das notáveis características da Pós-Modernidade, resulta em uma transposição que reproduz uma inversão na mesma medida com relação à concepção e aos ideais de saúde e de doença na atualidade. Assim, o que é fruto direto de condições desfavoráveis de vida é automaticamente atribuído às esferas individuais. A condição de miserabilidade financeira e social, por exemplo, é relegada à exclusiva responsabilidade do indivíduo, ocultando a origem social desses infortúnios, bem como a omissão e a articulação dos mecanismos perversos do Estado com relação à perpetuação e à reprodução do contingente de excluídos e marginalizados ou simplesmente "discriminados". "As sociedades que evitam encarar a tensão onde ela se manifesta – no seio da cidade – veem deslocar-se a questão ao plano do indivíduo" (Hassoun, 2002, p.37).

Por fim, essa *dor* que substitui a possibilidade e a positividade potencial do *sofrer* pode ser aplacada pela parafernália medicamentosa, remediando os sentimentos de angústia e destinando os indivíduos ao enclausuramento, sob o abrigo da espera da "reanimação" química, de onde reafirma-se a dissolução dos laços sociais. Assim, em uma sociedade narcisista e espetacular em que o "sofrer" está fora de moda, o sujeito é culpabilizado por representar o "fracasso" ante o palco social espetacular. Sofre-se então duas vezes: pelas próprias condições subjetivas e pelo fracasso ante as exigências espetaculares desse outro social. "O sujeito moderno sofre de sua culpa neurótica, *acrescida da culpa por estar sofrendo*" (Kehl, 2002, p.81-2).

Com relação às depressões especificamente, podemos constatar clinicamente essa dimensão da culpa e/ou vergonha em virtude do sofrimento sempre presente na fala dos pacientes. Pensamentos do tipo "Será que tudo isso é frescura mesmo como todo mundo diz?" evidenciam como a manifestação de qualquer sofrimento psíquico é, atualmente, ridicularizada pelo senso comum. Essa não permissão social das dimensões subjetivas individuais e singulares – incluindo aí a dor de existir carregada sobre os ombros de cada um de nós – desem-

boca, enfim, na ânsia desesperada das individualidades em "acabar logo com essa frescura". Os imperativos do superego individual ressoam e fazem eco com o discurso social vigente, ao passo que os sentimentos de culpa individuais encarnam-se na figura desse grande outro ditador dos modos de ser individuais e coletivos característicos da atualidade.

A crueldade sádica do superego (social), incorporada pelos ideais de saúde e "bem-estar", que não admitem a dimensão do sofrimento como condição básica existencial do ser humano, delineia os imperativos e ordens desmedidas (como é característico da instância superegoica), oprimindo o sujeito e assim relegando-o ao sentimento de culpa individualizada por encontrar-se em situação de sofrimento psíquico. Avalizado por esse discurso tipicamente pós-moderno, no qual o *espetáculo* é estimulado e priorizado a todo custo, os indivíduos ficam envergonhados se em qualquer situação dão sinal de suas fraquezas e limites *humanos, demasiadamente humanos,*[4] não podendo mais suportar qualquer indício de sofrimento.

> Nesse contexto, as drogas são ofertadas em larga escala pela medicina e pela psiquiatria para apaziguar a desesperança e os gritos de terror que solapam as subjetividades. [...] Além disso, as drogas pesadas circulam pela rede internacional de narcotráfico, oferecendo formas de excitabilidade e de gozo para as subjetividades paralisadas pela violência do desamparo. De qualquer forma, são as duas faces da mesma moeda, as ditas drogas medicinais ofertadas pela psiquiatria e as drogas pesadas comercializadas a preço de ouro pelo narcotráfico; pela mediação de ambas alimenta-se a ilusão de que a dor do desamparo pode ser recusada pela transformação da alquimia dos humores. (Birman, 2006, p.53-54)

4 Nietzsche (2005). "Humano, demasiado humano" como condição limitada e assujeitada tanto às possibilidades quanto às impossibilidades referentes a esta condição de ser vivente, enquanto ser da terra, carnal, salvo de qualquer condição ou garantias divinas, ainda como submetido às exigências da própria condição de ser humano, submetido às demandas carnais, onde toda a potencialidade humana reside em aceitar esta própria condição, ao contrário do que preconizam os ideais ascéticos.

Por que suportar e aceitar tal pesar em um mundo em que as mais altas tecnologias medicamentosas garantem a reabilitação dos indivíduos ante as expectativas e imposições sociais?

O sujeito da atualidade definitivamente foi educado e (des)preparado para o *sofrer* enquanto processo e condição *humana, demasiada humana*. Antes, aprendeu a significar seu próprio pesar existencial como *dor*, internalizando uma condição que é necessariamente sinônima de doença e que, como tal, deve ser remediada o quanto for necessário *ad infinitum*.

> A instrumentalização do corpo pela medicalização e pelo naturismo encontra então o seu canteiro de obras, na medida em que se inscreve aqui a matéria-prima para a disseminação dos discursos sobre a saúde. Pode-se compreender como a psicanálise se encontra num impasse quando se pressupõe um modelo alteritário de subjetividade, no qual os indivíduos sofrentes possam dirigir ao outro sua demanda. Em contrapartida, a psiquiatria biológica pode florescer, já que com os psicofármacos podem fazer o curto-circuito do sofrimento e atender diretamente aos reclamos da dor, sem qualquer apelo. A animalidade dolorida pode ser atendida sem pedir nada, no jardim das delícias promovido pela medicalização da dor. (idem, p.192)

Toda a medicalização da dor implica, necessariamente, que o sujeito abdique de todos os laços sociais no que tange ao seu sofrimento, pois uma vez medicado, não se caracteriza a necessidade de formular demandas a um outro sobre seu próprio sofrer. O que está em questão não é jamais a construção de sentido sobre sua condição – sentido este baseado em um encontro entre duas pessoas que se abrem às novidades apresentadas como fruto de um trabalho psicanalítico. A prioridade e a meta a ser atingida é silenciar essa dimensão do não sentido, substituindo-a por sensações artificiais produzidas quimicamente, alterando-se os humores e maquiando pouco a pouco essa *fala* que clama por reconhecimento e elaboração.

É notável como esse dinamismo próprio do sujeito contemporâneo isola-o em seu sofrimento, fazendo-o, além de total e "único responsável por seus males", também um sujeito amesquinhado em

toda sua "covardia subjetiva existencial" legitimada por toda a lógica dominante: essa que dita as maneiras e estratégias de promover o "bem-estar" próprio na atualidade.

> Uma sociedade em que os homens concebem sua vida psíquica segundo o modelo do distúrbio e da cura neuroquímica (ainda que não se possa negar a importância da psicofarmacologia no auxílio ao tratamento das formas extremas de sofrimento psíquico) é uma sociedade em que as condições do laço social não convocam os sujeitos a fazer do pensamento um auxílio para a mediação de suas relações e na negociação de suas diferenças. Ao empobrecimento do pensamento correspondem, de um lado, a violência; de outro, a depressão. (Kehl, 2002, p.79)

Os ditos ou classificados como "depressivos" sofrem de uma espécie legítima de "mal-estar", ainda que este não seja especificamente da ordem do patológico. Legítimo no sentido de que, para nossa *escuta analítica,* o interesse está sempre voltado para a outra coisa da qual nos falam os pacientes. Basta sabermos que algo acontece no sujeito e que lhe escapa à compreensão, sendo por isso mesmo que lhe foram necessárias as formações de sintomas como expressão de sua verdade velada. Ademais, sobre as classificações e nosografias psiquiátricas, com seus diagnósticos de psicopatologias e suas subdivisões que esquadrinham e esquartejam a subjetividade, a psicanálise nos legou um saber que pressupõe que o Sujeito (com S maiúsculo indicando sua constituição psíquica e inconsciente) é definido essencialmente pelo *conflito*.

Posto isso, quem ainda caminha sobre a Terra como um ser plenamente vivente, quem, enfim, estaria livre dos pesares, dissabores e da própria dor de existir?

Lembremo-nos: esse animal, dito ser humano, simbolicamente constituído, forjado sob o véu da linguagem, é, justamente devido a isso, um ser de *desejo*. Eis a precondição de uma existência sempre fadada ao *conflito*, ainda que este possa ser amenizado por infinitos subterfúgios de nosso admirável mundo.

A legitimidade desse "mal-estar" vivenciado pelos depressivos pode ser assim reconhecida e aceita na medida em que o próprio sujeito

permite-se reconsiderar todo o discurso que o perpassa e o qual ele próprio aprendeu a enunciar, ou seja, questionar toda a classificação e patologização da qual ele é alvo, quando formulado um diagnóstico que o *assujeita*, e, principalmente, questionar a si próprio e sua identificação com o "ser depressivo" nos dias atuais. Estamos nos referindo aqui ao próprio dispositivo clínico das psicoterapias, particularmente as psicanalíticas, as quais visam desalienar o indivíduo dessa condição impostamente patológica e de suas identificações com os saberes/práticas sociais, sejam eles acadêmicos, científicos ou mesmo internalizados pelo senso comum.

Com base em nossa experiência profissional, podemos perceber como é difícil conseguir desestabilizar as "certezas" dos pacientes com relação ao seu sofrimento. Nem sempre o paciente que nos chega, plenamente identificado com seu diagnóstico, está preparado para o trabalho psicoterapêutico. É bem verdade que é nossa tarefa, por meio das etapas preliminares da psicoterapia, constituir uma relação de confiança e, desde o primeiro momento, ainda que "em doses homeopáticas", plantar a preciosa *dúvida* na subjetividade do paciente, esta relacionada ao discurso que ele mesmo representa para si e para os outros sobre seu sofrer. Contudo, como nos ensina nossa própria vivência profissional, nem todos estão dispostos a arriscar-se a abandonar suas certezas e convicções sobre si e sobre seu sofrer, afinal, para isto implica-se novamente a questão fatídica do desejo, especificamente o desejo de análise.

Esses pacientes, infelizmente, tornam-se pessoas que, ainda que vivam plena e satisfatoriamente (não sem a ajuda contínua de medicamentos!), não são capazes de desfrutar da possibilidade de, enfim, tornarem-se Sujeito propriamente dito. Sujeito de sua própria história e dos avatares de seu existir, implicando a capacidade de desejar como sujeito, subjetivando a própria castração e incompletude, em suma, deslocando-se para o lugar de *causa* de si, reconhecendo-se como ser de desejo e, por isso, faltante. Na fortaleza de suas certezas erguida com anos de sintomas e repetições, eles permanecerão assujeitados ao saber do outro, podendo então, no máximo, continuar a sempre *demandar*, o que significa que se espera esse "saber que não se sabe sobre si" desse grande outro.

A *demanda* está sempre aquém do desejo. Na medida em que é insatisfeita, gera angústia, e, em nossos dias, também a "depressão", se satisfeita, suprime o desejo. Especificamente a "demanda de cura", a qual nos endereça os pacientes, deve ser redirecionada ao sujeito no sentido de localizá-lo em sua própria trama de significações – essa é nossa tarefa inicial. A "demanda de saber" que obtém facilmente aquilo que quer, ou seja, um "saber sobre si", porém como uma satisfação que o outro me dá em uma relação transferencial (como no caso das consultas médicas e psicoterápicas), e que muitas vezes confirma a intenção própria de julgar-se doente, resulta apenas na perpetuação do indivíduo como assujeitado. Especificamente, a confirmação diagnóstica de "depressão", seguida das prescrições medicamentosas que reforçam o imaginário dessa constatação, esvazia a possibilidade de o indivíduo fazer-se sentido, bem como suprime qualquer demanda de análise.

> Com isso, a dor de existir não se transforma em sofrimento, não podendo ser endereçada ao outro como demanda, de maneira a constituir um mundo de iguais. Em decorrência de todos esses impasses, ficamos, enfim, amesquinhados como sujeitos, mas nos exercitando nas ginásticas e massagens exóticas, atribuindo valores mágicos às dietas, quando não francamente intoxicados por drogas, incapazes de criar mediações no mundo. (Birman, 2006, p.193)

Referimo-nos anteriormente a certa "covardia existencial" dos depressivos, "covardia" esta no sentido de frisar como a maioria daqueles chega para os atendimentos em Psicologia totalmente identificados com o diagnóstico que lhe autentica uma doença e com como essa identificação alienatória dificulta um processo psicoterápico psicanalítico. Baseado em uma aposta *alteritária* como base da relação clínica transferencial, o fazer psicanalítico encontra vários obstáculos frente às subjetividades identificadas segundo o modelo sociocultural *narcísico* e *espetacular* na atualidade.

Diante da angústia do desamparo, facilmente as individualidades preferem encontrar um nome que identifique sua fraqueza e que, de preferência, seja uma dessas "patologias da moda", pois isso é garantia

de que sua dor e suas insuficiências possam ser tratadas pelo arsenal medicamentoso disponível. Isso somado ao alívio imediato e imaginário explícito no pensamento muito comum de que "ainda bem que se tem remédio pra isso hoje em dia", tem-se ainda a "vantagem" de poder-se evitar o trabalho psicoterápico, pois "pega mal", nos dias de hoje, precisar do outro.

Levando-se em consideração que as psicoterapias baseiam-se no encontro entre duas pessoas que se entregam nessa relação de confiança e que se subentende que o paciente venha sempre demandar esse "saber" do psicólogo, nota-se como é custoso aos indivíduos rebaixar seu narcisismo exacerbado ao implicarem-se em um processo de psicoterapia. No jogo de forças da balança, já desequilibrada entre as ofertas e promessas medicamentosas e as incertezas das psicoterapias, os indivíduos não vacilam em decidir pelo caminho aparentemente "mais fácil" e, em tempos como o nosso, certamente mais veloz.

Muito mais incomuns são os casos em que o indivíduo encara a empreitada de ambas as propostas (psicoterápicas e medicamentosas), como nos mostra nossa prática profissional. Nossa realidade profissional retrata que, quando isso ocorre, geralmente é comum que o paciente já tenha tentado antecipadamente sua recuperação ou melhora exclusivamente pelo viés medicamentoso. Mas tudo isso é facilmente compreensível ao entendermos toda a lógica de nossa atualidade, na medida em que temos, sim, todo um arsenal tecnológico de subterfúgios para aplacar as "dores da alma" e produzir a *alienação* das subjetividades, e, de outro lado, também temos as individualidades desejantes de autoalienação.

Essa dinâmica pode ser compreensível, levando-se em consideração que o sujeito ao qual nos referimos somos nós, indivíduos contemporâneos que se recusam a tolerar qualquer possibilidade de sofrimento. Irônico se pensarmos que nessa ânsia de não sofrer e de desfrutar de tudo o que é possível sem maior responsabilidade, sempre engrandecendo e autoinflando o próprio ego, justamente nessa tentativa de não sofrer é que então padecemos, tal como Freud (1930 [1929]) nos ensina em *O mal-estar na civilização*, frisando que é na defesa contra o sofrimento que habita o próprio "mal-estar". E como bem modernos e atuais que

somos, ou melhor, "pós-modernos", sofremos de nossos maiores males contemporâneos, entre eles, principalmente a depressão.

> A depressão, sintoma do mal-estar neste começo de milênio como a histeria no final da era vitoriana, é ao mesmo tempo condição e consequência da recusa do sujeito em assumir a dimensão de conflito que lhe é própria. De um lado é a condição, porque, sem certo rebaixamento libidinal próprio dos estados depressivos, o conflito acaba por se impor. De outro é consequência, na medida em que a depressão, o empobrecimento da vida subjetiva, são o preço pago por aqueles que orientam suas escolhas em função do medo de sofrer. (Kehl, 2002, p.80)

Na ânsia de autossuficiência a todo o custo, evitamos quase que fobicamente qualquer tipo de sofrimento e tentamos constantemente nos livrar de sentimentos e sensações que aprendemos a identificar como dor. Muitas vezes, evitar a tão alto preço essa dor é a concretização da promessa estimulada e orientada de que podemos não sofrê-la. Nessa estilística de existência típica de nossa atualidade, acabamos por nos enclausurar em nossos próprios sofrimentos, diluindo tudo o que faz laço social, evitando a alteridade indicativa de castração, e por fim perdemos as possibilidades que nos abrem as positividades simbólicas do sofrer.

> [...] o sofrimento é uma experiência alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofrente, que se dirige a ele com o seu apelo. Daí sua dimensão de alteridade, na qual se inscreve a interlocução na experiência do sofrimento. Isso porque a subjetividade reconhece aqui que não é autossuficiente, como na dor. (Birman, 2006, p.192)

Esse reconhecimento da não autossuficiência por parte do indivíduo é o que necessitamos de nossos pacientes para o início de um trabalho em psicanálise. É somente nessa aceitação própria de que não nos bastamos em nós mesmos que na inter-relação com o outro podemos subjetivar a diferença alteritária.

É árduo o nosso fazer clínico cotidiano diante das tendências sociais e individuais tão em voga e superestimuladas em nossa atualidade.

Apostar na prática psicanalítica é como dar um tiro no escuro e, ao mesmo tempo, tentar remar contra a maré, que tende a arrebatar as individualidades por meio de suas ofertas, com vistas ao controle coletivo e individual e aos lucros exorbitantes que o avanço tecnológico das práticas em saúde pode oferecer.

Por fim, é a uma questão ética que se propõe a psicanálise ao lançar resistência ante os modos priorizados pela sociedade capitalista e espetacular. Uma ética que priorize uma estilística de existência às avessas do que nos circunda atualmente, que reconheça a dimensão singular das individualidades com tudo o que isso comporta de vislumbre sobre o conflito sempre humano, demasiadamente humano, e que possa desfrutar das possibilidades que nos abrem ao nos livrarmos do véu de toda a alienação.

3
Percursos: caminhos e (des)caminhos

De acordo com nosso objeto de estudo, consideramos de suma importância identificar de que maneira constituem-se as trilhas das individualidades em suas buscas para uma saída de seus estados e condições de sofrimento.

Neste momento, tentamos identificar as sutilezas diferenciadas pertencentes ao campo da saúde coletiva no que tange à problemática aqui investigada. Pretendemos, desse modo, apreender em meio à contextualização específica de que maneira se dá uma possível produção da depressão como "mal-estar" contemporâneo, levando em consideração, neste momento pontual, a *medicalização* da vida no seu sentido mais amplo, aquele que nos faz compreendê-la como uma tendência (hoje em dia não só exclusiva da medicina) de subjugar ao domínio médico tudo aquilo que em si é de uma natureza outra.

Contextualizarmos sobre a qual "saúde pública" nos referimos (específica do município), compreendendo seu funcionamento de uma maneira geral e sua vinculação ao serviço de Psicologia (em particular, a modalidade clínica), nos possibilita ampliar a ótica ante o campo existencial dos sujeitos que se enquadram na problemática aqui estudada, bem como visualizar nosso próprio lugar e posicionamento em meio a essa questão. Como sabemos, toda e qualquer produção de sentido é sempre reflexo e fruto direto das condições de possibilidades de

um determinado contexto e momento histórico. Sendo assim, nosso olhar, com sua atenção capturada pelo problema da "depressão" na atualidade, também é, por sua vez, determinado, resultando em um posicionamento específico e singular frente aos discursos pelos quais somos também atravessados.

Esse rastreamento dos percursos dos pacientes e, na mesma medida, desse lugar real, imaginário e simbólico que ocupamos e demarcamos nessa rede de serviços, se faz necessário a fim de podermos identificar aquilo que há de exclusivo nos meandros dessa saúde coletiva (ainda que específica deste município) e que caracterizam saídas possíveis e/ou, ao contrário, uma produção e perpetuação da depressão como "mal-estar" típico de nossa atualidade.

Caminhos...

Trazemos aqui, de forma específica, nossa experiência como funcionário público municipal, contratado efetivamente mediante aprovação em concurso público.

Na ocasião da contratação (2005), a vaga para psicólogo clínico fora criada tendo em vista a necessidade de mais profissionais da área a fim de ampliar-se as condições de promoção de saúde mental no município. A demanda pela busca de atendimentos em Psicologia, fosse ela espontânea ou por meio de encaminhamentos, excedia sobremaneira a capacidade de atuação de apenas um único profissional no serviço público de saúde da cidade. Não obstante, a contratação de mais um psicólogo para o desempenho da atividade clínica traria condições para o outro profissional, já atuante, poder dedicar-se de maneira mais exclusiva às outras modalidades de práticas psicológicas, especificamente o atendimento de pacientes ditos "psiquiátricos", envolvendo variadas estratégias, como a viabilização de internações (quando necessário), dentro das articulações em rede desta microrregião, além de acompanhamento desses pacientes, atendimentos estendidos à família deles, controle de medicações etc.

Assim, nossa atuação clínica desenvolve-se desde 2005, exercida atualmente em um centro de saúde III.

Antes de nos atermos ao nosso campo específico de atuação, é necessário descrever e contextualizar como se configuram os dispositivos de assistência à saúde do município em questão, para depois, em um segundo momento, visualizarmos a relação e a articulação do serviço de Psicologia com esses serviços disponíveis na rede de saúde da cidade.

Desta forma, trazemos a configuração das estratégias em saúde coletiva de um município de 13 mil habitantes, aproximadamente, que conta com um centro de saúde III, uma unidade ambulatorial e quatro unidades de PSF (Programa de Saúde da Família) distribuídos estrategicamente em suas respectivas microrregiões.

No centro de saúde III, contamos com o serviço de Psicologia clínica, fonoaudiologia, odontologia, assistência social, equipe de vigilância sanitária, setor de agendamento e sala de vacina (com enfermeira e demais auxiliares). Os atendimentos de Psicologia e fonoaudiologia recebem pacientes encaminhados de outras especialidades, como também disponibilizam o serviço à demanda espontânea.

Na unidade ambulatorial temos uma equipe profissional de médicos plantonistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A unidade tem caráter emergencial, atendendo a consultas em todos os períodos do dia, viabilizando, se necessário, pequenas internações (baixa complexidade) por um curto período de tempo (menos de 24 horas), geralmente com o objetivo de possibilitar um tratamento medicamentoso emergencial e circunstancial. Na mesma unidade, o município disponibiliza plantões semanais de outras especialidades médicas, como cardiologia, pediatria, ginecologia, urologia e psiquiatria, além dos serviços de fisioterapia e setor de raio-x para pequenas partes. Os plantões de psiquiatria acontecem com uma periodicidade quinzenal, diferentemente das outras especialidades.

Já nas unidades de PSF, contamos com uma equipe profissional composta por médico, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistente social e, em virtude de contratações recentes (início de 2009), mais dois psicólogos. Como sabemos, talvez mais do que qualquer outro dispositivo em saúde, o PSF prima, essencialmente, pelo caráter preventivo, entendendo-se que a promoção de

saúde envolve práticas que possibilitem à população gerir sua vida de forma mais saudável e/ou menos nociva, sendo tais práticas constantemente integradas e articuladas com as equipes profissionais e envolvidas por meio de diversas práticas, evitando-se assim encaminhamentos desnecessários aos serviços de maior complexidade (atenção secundária e terciária) e também impedindo que os indivíduos adoeçam primeiro para depois serem submetidos a tratamentos em saúde. Como é de praxe, nos PSFs o acompanhamento das famílias é feito pela equipe de agentes de saúde que realizam visitas domiciliares regularmente. Há também algumas famílias específicas que são visitadas por médico, enfermeira, assistente social e psicólogo. Realizam-se grupos de reuniões para possibilitar o desempenho de condutas preventivas da população. Nesse sentido, são trabalhadas diversas estratégias (de acordo com o levantamento epidemiológico da microrregião) voltadas para problemáticas emergenciais daquela população específica, de onde teremos grupos, por exemplo, de hipertensos, de obesos, de diabéticos, de gestantes etc., além dos grupos terapêuticos realizados ultimamente pelos psicólogos desta unidade.

Atualmente, devido à atuação estratégica de colocar mais dois psicólogos distribuídos nas duas unidade de PSF, a demanda por atendimentos clínicos em Psicologia reduziu significativamente. No momento, podemos dizer que a promoção de saúde mental do município de fato tem maior possibilidade de atender às expectativas de prevenção, evitando-se os encaminhamentos desnecessários e também alcançando maior abrangência nas ações que envolvem o trabalho com as famílias de "pacientes psiquiátricos", ou simplesmente dos indivíduos que demandam maiores cuidados do setor de saúde. Hoje em dia, evitam-se encaminhamentos para o atendimento clínico em Psicologia de casos que prescindem desse tipo de intervenção: aqueles capazes de serem incluídos nas outras modalidades de práticas psicológicas, uma vez assim entendidos e avaliados pelos psicólogos do PSF, ou ainda por nós mesmos por meio de entrevistas preliminares.

Contudo, a realidade do contingente profissional em termos de recursos humanos capacitados inseridos na saúde do município não foi sempre assim. Em nossa pesquisa, resgatamos fragmentos de sessões

clínicas baseadas em nossas próprias reminiscências de atendimentos (realizados durante quatro anos) referentes a uma época em que o serviço de Psicologia do município centrava-se exclusivamente na modalidade clínica e, como não poderia ser diferente, evidenciava-se uma demanda muito maior numericamente e que compunha uma pluralidade de psicopatologias e/ou situações de risco de naturezas diferentes, que poderiam e deveriam, muitas vezes, ser atendidas também por meio dessas outras modalidades de intervenções psicológicas em saúde.

No ato de nossa contratação (2005), a vaga já era destinada à área da saúde e, especificamente, ao desempenho da função clínica, condição em que podemos perceber toda uma tendência cristalizada da cultura do paradigma médico-clínico disseminada nas diversas áreas profissionais referentes a este campo. O interesse e o apreço pessoal por tal modalidade de atendimento nos fazem entender que, apesar das outras diversas modalidades de intervenção relacionadas às práticas psicológicas em saúde coletiva, como as que possuem como prioridade e objetivo principal a prevenção (grupos, reuniões etc.), ainda assim o fazer clínico torna-se imprescindível em determinados casos. Concordamos, além disso, que de fato a centralização de encaminhamentos de pacientes para o serviço de Psicologia, quando estes forem destinados exclusivamente à clínica, em certa medida contribui também para um processo que tende sempre a procurar e, de certa forma, só consegue enxergar a dimensão do que é *pathos* no sujeito.

Salientamos, contudo, que pela centralização de uma única via (a das intervenções clínicas) corremos o risco eminente de estar, também, favorecendo uma patologização dos indivíduos que carecem, na realidade, de uma assistência em saúde de forma integral, tendo em vista a multideterminação de suas condições de sofrimento, a saber, os vários fatores que possibilitam ou não uma existência digna, como condições básicas de moradia, alimentação, higiene, educação, trabalho, poder aquisitivo, estruturação familiar, lazer e cultura etc. Tudo isso levando em consideração também suas possibilidades de emancipação pelo viés da cidadania plena, as quais podemos entender como sendo condição existencial produtora de determinados processos de subjetivação.

Neste sentido, a "Psicologia da saúde", enquanto um *saber-fazer* característico dessa área, tem muito a oferecer naquilo que está para além do dispositivo clínico individual.

A esse respeito convém mencionarmos que nosso fazer clínico costuma extrapolar, quando necessário, os limites "intramuros" delimitados pelo paradigma tradicional, o que significa que, além dos atendimentos clínicos *stricto sensu*, nossa prática envolvia atendimentos domiciliares (nos casos de pacientes acamados, por exemplo) e outras vezes intervenções em espaços públicos, como na modalidade de "acompanhante terapêutico" com crianças psicóticas, por exemplo, auxiliando na intermediação da construção dos seus *laços sociais* (Costa-Moura, 2006). Poderíamos considerar nossa prática como sendo clínica, porém sustentada também por preocupações relativas às questões psicossociais, e não somente reproduzindo o modelo psicoterápico clássico circunscrito no *seeting* terapêutico individual.

Enfim, apesar de ocuparmos o cargo de psicólogo clínico, em momento algum nossa prática restringiu-se apenas às intervenções clínicas *in loco*, mas sim de acordo com as necessidades de uma rede básica de saúde. Entendemos que a atuação, ainda que fundamentada pelos saberes clínicos, pode e deve extrapolar o modelo biomédico, a fim de constituírem-se possibilidades de intervenção psicológica de forma mais abrangente, na medida em que a práxis clínica foca seus objetivos em aspectos subjetivos de outra ordem. Não que a atividade clínica não possa ter e não tenha um caráter preventivo e que promove condições de saúde, não apenas tratando daquilo que já adoeceu. Relembrando aqui que nos referimos especificamente ao paradigma clínico orientado pelo referencial psicanalítico, o qual embasa nossa atividade profissional.

Sabemos que no momento em que o paciente está em psicoterapia, além de poder elaborar seu passado, visando uma reestruturação de sua vida no presente, os *insights* – frutos do processo analítico – inscrevem um reconhecimento daquilo que até então era inconsciente, e dessa forma ao menos em potencial, poderão vir a se modificar algumas das tendências existenciais futuras do próprio sujeito.

O que passou a ser comumente ponderado hoje em dia são questões acerca de certa ineficácia dos atendimentos de modalidade clínica rela-

cionados à promoção de saúde mental ligada diretamente à prevenção, levando em consideração que essa modalidade de atendimento encontra-se, geralmente, nas redes básicas no que tange à saúde pública. Normalmente, encontramos muitas opiniões contrárias com relação ao desempenho da clínica psicológica no âmbito da saúde coletiva e, mais especificamente, daquelas que se orientam pela psicanálise.

Nesta mesma esteira do pensamento exposto, há também as objeções quanto à demora na evolução dos casos em atendimento, ou seja, a questão fatídica do tempo.

Acerca desses apontamentos, concordamos com Sauret (2006, p.38):

> [...] a reprovação feita à psicanálise quanto a sua longa duração e quanto a sua ineficácia diante dos sintomas é, na realidade, uma dupla homenagem a sua especificidade: a oferta de um laço social no qual a função do sintoma possa se desdobrar. A duração dos tratamentos atuais poderia ser proporcional à intensidade de desqualificação do sintoma num social dominado pelo mercado e pelo cientismo.

Ou seja, poderíamos pensar que tais críticas apresentam-se, na maioria das vezes, em realidade, muito superficialmente fundamentadas ao desconsiderarem algo que é possível apenas pelo viés da clínica e que tem como singular a proposta de uma relação que se constituirá sob a égide da alteridade, obviamente uma modalidade de relação desenvolvida em um compasso outro que não atende aos anseios imediatistas dos ideais da atualidade. O desdobramento do sintoma a que se refere o autor se dá, lembremo-nos, somente a partir da relação transferencial, e a clínica psicanalítica é inaugurada por Freud tendo como sua pedra angular o fenômeno da transferência, sem a qual não existe *causa* a ser subjetivada. Além do mais, gostaríamos de mencionar o fato de que a questão do tempo é extremamente relativa, principalmente ao ponderarmos que é muito comum a longa permanência de pacientes em ambulatórios ou unidades de saúde, sempre na busca por receitas que lhes possibilitem adquirir os psicofármacos prescritos, que, como sabemos, mantêm um ciclo infindável de medicalização sem resolutividade satisfatória.

Encontramos também – talvez os questionamentos mais contundentes – aqueles que se referem a certa "privatização" do sujeito social, capturado que seria pelo dispositivo clínico, donde se tornariam impossíveis, ou ao menos potencialmente esvaziadas, as possibilidades de o sujeito fazer-se e constituir-se no meio social. Enfim, entrariam aqui as infindáveis discussões acerca das concepções de sujeito e cidadania como produção de subjetividade, concepções essas enviesadas pela humanização dos tratamentos em saúde que muitas vezes acabam por viabilizar um demasiado assistencialismo.

Quanto a isso, convém mencionarmos o que Rinaldi (2006, p.145) evidencia ao relativizar o dilema sujeito x cidadão envolto pelas práticas em saúde mental:

> Nesta perspectiva, ao procurar humanizar o tratamento e "dar voz" àqueles que foram excluídos pelas práticas manicomiais, o que se visa é recuperar as "habilidades perdidas", ou seja, a autonomia e o poder de contratualidade desses sujeitos, que permita a sua reinserção no laço social. É a lógica da cidadania que se reafirma por meio do *discurso do mestre*, na medida em que se parte de um modelo preestabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito.

Na especificidade da reflexão proposta pela autora, notamos que sua preocupação está voltada para os pacientes sofredores de psicopatologias mais severas, como os psicóticos, por exemplo, e que apresentam como agravante as várias internações que lhes retiram, de fato, a possibilidade de inscrição no espaço social e cultural. Contudo, sabemos que não são apenas os psicóticos que são destinados a períodos de internação em instituições psiquiátricas. Na atualidade, em que o sofrer é intolerável, tornaram-se comuns internações de indivíduos que se encontram estruturalmente sob a lógica das neuroses, assim como os ditos "depressivos", devido à impressão que se tem sobre uma incapacidade de o próprio sujeito exercer o "cuidado de si". Tais indivíduos muitas vezes acabam tendo um mesmo destino (en)caminhado pelos saberes outros especializados. Para além da questão das internações, o que nos motiva aqui é apenas uma reflexão acerca do papel e da funcionalidade da clínica psicológica em uma rede básica de saúde

pública, considerando-se então, à guisa de comparação, os modos de fazer/saber das diversas modalidades de intervenção, independente de qual a clientela a que comumente se destinam tais práticas.

Demarcamos aqui um posicionamento pelo qual compreendemos o dispositivo clínico psicanalítico (desde que articulado às demais práticas *psi* em saúde) como uma possibilidade, ainda singular, de oferecer-se uma *escuta* ao inconsciente, pois para este, nos demais "lugares" circunscritos pelas demais práticas, não há possibilidade de advir. Isso porque, apesar de verificarmos que a questão da escuta tem ocupado um lugar de destaque nos discursos das práticas em saúde mental, percebemos que a utilização desse conceito tem revelado uma naturalização que chega às raias da banalização, onde seu sentido original, como escuta do inconsciente, se perde (idem). Desta forma, a tal possibilidade de escuta dos sujeitos aparece normalmente inserida nas diversas práticas de atenção psicossocial e, diríamos, também nas variadas possibilidades de intervenção *psi* nas redes básicas de saúde (como no PSF, por exemplo), onde aquelas são orientadas por propostas de reabilitação social e/ou propostas de orientação e educação em saúde, porém, com um posicionamento discursivo que, ao dirigir-se ao sujeito, faz com que seja sempre pelo viés da individualidade, dos direitos e da cidadania, por vezes exclusivamente assim.

Em suma, de forma alguma discordamos das demais propostas de intervenção quando pensamos nas atuais possibilidades de promoção de saúde mental, como, por exemplo, as variadas práticas concernentes aos modelos de atenção psicossocial em que a inscrição do sujeito no espaço da cultura e sua emancipação por meio da cidadania são componentes imprescindíveis de condições de subjetivação e resgate da autonomia e da independência. Apenas compreendemos (e nossa prática profissional nos traz essa certeza) que o dispositivo clínico entendido, com base no referencial teórico da psicanálise, tem seu lugar e eficácia singular, e de forma ainda mais efetiva e significativa, quando articulado às demais possibilidades psicoterapêuticas e de emancipação dos sujeitos. Entendemos que as condições para a possibilidade de promoção de saúde mental devem dispor de variados dispositivos psicoterapêuticos e psicossociais (no caso da Psicologia),

bem como de articulações em rede, as quais priorizam com justa causa as dimensões sociais de cidadania e, inclusive, de direitos, conquistados a duras penas por meio dos dilemas históricos que conhecemos com a "reforma psiquiátrica" e o "movimento da luta antimanicomial". De forma nem um pouco contraditória, a nosso ver, o fazer clínico é também imprescindível dentro de sua parcela de contribuição em meio à rede pública de saúde dedicada a uma saúde coletiva.

Como poderemos perceber no capítulo posterior, somente por meio de um processo de psicoterapia clínica determinados pacientes plenamente identificados pelos "discursos sobre a saúde" na atualidade podem quiçá recobrir o real de seu "mal-estar" com seus próprios significantes e ter a possibilidade de ressignificar seu existir desalienando-se do rótulo psicopatológico. Ou seja, em última instância, podem conquistar a autonomia ante sua autodenominação (im)possível, abdicando-se do viés assujeitador da demanda – de onde imagina-se que é sempre o outro que sabe quem eu sou, o que eu quero, o que serei: articulando isso aos cuidados em saúde, às demandas de saber/poder sobre aquilo que lhes afetam.

A clínica psicanalítica, ou melhor dizendo, o fazer clínico psicanalítico pertence também à ordem da construção de um laço social, porém um laço que se constitui pelo motor da relação transferencial e que se situa em um entrelaçamento discursivo em que reside a possibilidade de o sujeito perder-se e também entregar-se às tramas de suas próprias significações, tornando-se ativo e (re)ativo – por isso de fato sujeito – ante o desejo do psicoterapeuta que se apresenta como enigma na situação analítica: o enigma que reflete e reendereça ao próprio sujeito as dúvidas e incertezas sobre sua própria causa.

Enfim, sucintamente, ao mencionarmos algumas das possibilidades do fazer clínico psicanalítico lembramos alguns aspectos fundamentais somente possíveis por meio desse dispositivo, a saber, o(s) laço(s), a transferência e, implicitamente, a alteridade (desejo do analista), implicando aí o manejo psicanalítico dessas propriedades, que, como muitas outras mencionadas ao longo do trabalho, são somente passíveis de ser experienciadas no campo do fazer clínico e da situação analítica.

(En)caminhamentos, encruzilhadas e o dispositivo clínico como possibilidade de (des)caminho

Retomemos agora o contexto sob o qual repousa nossa experiência profissional e em que se evidencia nossa problemática do presente estudo.

Como mencionamos, em um primeiro momento (de 2005 a janeiro de 2009) o serviço de Psicologia da saúde do município contava apenas com as intervenções de modalidade clínica individual e com as articulações estratégicas de promoção de saúde mental dedicadas aos pacientes que sofrem de enfermidades mais graves (psicoses etc.).

As demandas para atendimentos sempre apresentaram-se de várias origens distintas, sendo assim, é corriqueiro nosso serviço de Psicologia receber encaminhamentos de outras especialidades médicas (psiquiatria, pediatria), casos de conselho tutelar, casos judiciais via fórum, encaminhamentos da educação municipal, além da procura individual por atendimentos que caracterizam demandas espontâneas.

A esse respeito ressaltamos que, no início de nossa atuação, fomos consultados sobre as formas de encaminhamento que seriam necessárias para que os pacientes pudessem usufruir do serviço oferecido. Fomos questionados especificamente se sempre haveria a necessidade de um encaminhamento médico formal. Posicionamo-nos, então, em atender, além desses casos com indicação, também as procuras por atendimento baseadas na demanda espontânea. Entendemos que agir dessa maneira seria uma forma de quebrarmos burocracias formais do sistema para melhor viabilizar a integralidade de assistência em saúde, além de termos a possibilidade imediata de avaliar a real necessidade de um atendimento clínico em Psicologia sem a interferência antecipada de outras especialidades médicas.

Posto isso, atendemos, então, pacientes que chegam ao serviço de Psicologia clínica por meio de encaminhamentos de outras especialidades médicas e/ou de outros setores institucionalizados, como os mencionados anteriormente, bem como por indicação de outros serviços de Psicologia do município, como os da educação (Psicologia escolar) e social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social).

De maneira geral, sempre lidamos com uma clientela vasta, composta por pacientes de todas as idades.

Assim, é frequente uma clientela infantil e adolescente, a qual geralmente é encaminhada pelo setor da educação municipal e pelo conselho tutelar, onde se fazem constantes queixas sobre o "rendimento escolar", as "dificuldades de aprendizagem", os "problemas de comportamentos e conduta", além da demanda espontânea baseada na suspeita dos pais ou cuidadores de que "algo não vai bem" e, por fim, encaminhados por outras especialidades, como a pediatria e a fonoaudiologia.

Fazemos uma pequena ressalva (ainda que não seja esse o nosso objetivo específico), haja vista que identificamos, nestes quatro anos de atendimento, como o problema do diagnóstico e da tendência à patologização dos indivíduos na atualidade não exime sequer o universo infantil. Trata-se de um fato cotidianamente constatado por meio das suspeitas diagnósticas que caracterizam essa situação. Por exemplo, as chamadas "dificuldades de aprendizagem" e, principalmente, a "hiperatividade infantil". É nítido como, implicitamente, demandas como estas evidenciam uma expectativa de "cura" que corresponderia a um verdadeiro ajustamento do indivíduo às normas que o circundam. Nesses casos, "curar" determinada criança que já foi rotulada por determinado diagnóstico seria o mesmo que, ao fim do tratamento, possibilitar que essa criança se demonstrasse adaptada ao meio social em que vive, ou seja, não escapando ou estando à margem das regras sociais preestabelecidas. Nesse pequeno exemplo já podemos vislumbrar um pouco de como o discurso social (escolas, conselhos tutelares, fórum, encaminhamentos médicos) predetermina a modalidade de demandas dos sujeitos, ensinando-os a enunciar esse discurso outro que lhes perpassa e lhes direciona de forma arbitrária para o que remeteria a um "bem" ou a um "mal" sobre si mesmo, transmutadas que são, muitas vezes, e reduzidas excessivamente às intervenções no campo da saúde. Não teríamos aqui, desde a infância, a captura das subjetividades por meio da medicalização e da tendência a uma normatização?

Prosseguindo na descrição de nossa clientela, além dos casos típicos dessa faixa etária que acabamos de descrever (a infância e adolescência), temos também a população de idade adulta (acima de 18 anos),

da qual quase a totalidade de pacientes é do sexo feminino. A guisa de demonstração, selecionamos aleatoriamente alguns períodos de atendimento como forma de mensurar alguns dados importantes.

Com relação ao predomínio do sexo feminino na busca por atendimentos psicológicos, temos que, em um período de quatro meses (de maio de 2005 a setembro de 2005), de 36 pacientes adultos que passaram por entrevistas preliminares (dispositivo de recepção), apenas seis eram do sexo masculino. Em um outro período posterior, de três meses (de maio de 2006 a agosto de 2006), de vinte pacientes adultos que passaram pelas entrevistas iniciais, apenas dois eram do sexo masculino. E, por fim, em um terceiro período, de quatro meses (de junho de 2007 a outubro de 2007), escolhido aleatoriamente, de 25 pacientes adultos que passaram por entrevistas preliminares, 22 eram do sexo feminino. Esse fato evidencia uma questão já cultural em que é a mulher quem geralmente se locomove até os serviços de saúde, seja por ela mesma, seja em busca de cuidados para os filhos e para a família de uma maneira geral.

Outro dado constatado é que o homem é muito mais resistente diante da necessidade de procurar assistência em saúde. Especificamente no que tange a clínica psicológica, podemos perceber que as desistências por parte dos homens (quando estes vêm aos atendimentos) acontecem de forma muito mais rápida do que com as mulheres. Ocorre, dessa maneira, o abandono de forma mais precoce, fato que sinaliza uma dificuldade maior por parte do público masculino em rebaixar seu próprio narcisismo, renunciando às fantasias de onipotência que não lhe permitem o reconhecimento da necessidade de um outro para fazer-se sentido.

Utilizando os mesmos períodos escolhidos aleatoriamente, trazemos outro elemento a guisa de demonstração e exemplificação, este demasiadamente significativo, de acordo com o nosso objeto de estudo, e, por que não dizer, fato que verdadeiramente conduziu-nos a eleger tal problemática para ser investigada, a saber, a incidência dos diagnósticos de depressão.

Antes de apresentarmos tal levantamento quantitativo, gostaríamos de frisar o que especificamente nos interessa.

Conforme discutimos ao longo do trabalho, pudemos perceber que a depressão tornou-se objeto de total banalização em nossa atualidade. Sendo assim, consideramos para este levantamento demonstrativo os casos em que os pacientes receberam essa autenticação, ou seja, o diagnóstico de depressão propriamente dito avalizado pelos saberes médicos ou, porventura, de outras especialidades. Da mesma forma, consideramos os casos em que o próprio paciente se diz depressivo, evidenciando um posicionamento fruto da identificação com o discurso social vigente.

Temos então, por meio dos mesmos períodos citados anteriormente, os seguintes números: durante quatro meses (de maio de 2005 a setembro de 2005), de 36 pacientes adultos que passaram pelas entrevistas preliminares, 25 (69%) apresentaram como queixa principal a "depressão". Em um segundo período, de três meses (de maio de 2006 a agosto de 2006), de vinte pacientes recepcionados para entrevista inicial, dez (50%) apresentaram como queixa principal a "depressão". E finalmente, em um terceiro e último período, de quatro meses (de junho de 2007 a outubro de 2007), de 25 pacientes adultos que passaram pelas entrevistas preliminares, 12 (48%) evidenciaram a "depressão" como causa principal da busca e/ou do encaminhamento para os atendimentos clínicos em Psicologia.

Os demais casos compõem uma pluralidade de queixas, como ansiedade, compulsão alimentar, crises de angústia, problemas com álcool, problemas conjugais, problemas de relacionamento com filhos, alterações de humor, irritabilidade excessiva, insônia, obsessões etc.

É prudente evidenciarmos também que selecionamos – apenas a guisa de amostragem – períodos aleatórios de atendimento e que mensuramos a totalidade dos casos em que o sujeito define-se (já nas entrevistas preliminares) como "depressivo". Nessa categoria específica encontram-se algumas variantes, as quais convém mencionarmos.

O número de casos selecionados para tal amostragem engloba tanto os pacientes que de fato receberam o diagnóstico de "depressão" em algum momento como também os que não o receberam necessariamente, mas que ainda assim se autodefinem como depressivos, tendo então a "depressão" como causa principal da busca pelo atendimento. Isso revela que a identificação com o diagnóstico, em alguns casos,

ocorre independentemente de o sujeito recebê-lo de fato ou não, fato que se dá por alguns motivos simples de compreendermos. Acontece, como podemos atestar no cotidiano de nossa atividade profissional, que mesmo que o paciente não tenha recebido o diagnóstico declaradamente – de forma verbal – como um "texto sagrado" que o outro (Sujeito Suposto Saber) lhe atestasse escancaradamente, ainda assim a prescrição de alguns calmantes, ansiolíticos e antidepressivos lhe atribui uma certeza de forma retroativa sobre sua possível condição. Ou seja, identificamos uma equação simbólica e imaginária demasiadamente óbvia e real que poderíamos exemplificar de forma ilustrativa por meio da seguinte sentença: "se vou ao médico na busca de saber o que eu tenho e que me escapa à compreensão, se direciono minha falta de saber a este outro que supostamente o possui, e se, por fim, este outro me receita alguns antidepressivos e ansiolíticos ainda que nada me diga, isto só pode significar que tenho e/ou estou com depressão, o que faz de mim um depressivo".

Percebemos que a formulação indiscriminada de diagnósticos de depressão acaba por constituir esta como um "mal-estar", necessariamente patológico, na medida em que é assim autenticado pelos saberes vigentes. E junto à questão diagnóstica, percebemos também como a oferta medicamentosa indiscriminada da mesma forma atesta a depressão como "mal-estar" contemporâneo de forma retroativa, independente de ser acompanhada do diagnóstico ou não, pois, como podemos observar, na atualidade o incomum passou a ser aqueles que no seu cotidiano prescindem de qualquer tipo de medicamento dessa natureza – os psicotrópicos de uma forma geral.

Em um momento inicial, quando os pacientes chegam ao serviço de Psicologia clínica, de imediato realizamos uma "entrevista preliminar", desempenhando a função de um *dispositivo de recepção* baseado em uma escuta dirigida à *urgência subjetiva* do sujeito, tal como consideram Calazans & Bastos (2008), de modo que, a partir daí, espera-se consolidar o início do tratamento como possibilidade de construção de um tempo de interrogação sobre si próprio, engendrando um espaço de criação para o sujeito, no qual ele possa simbolizar uma saída outra para o insuportável de seu sofrimento.

Esse momento das "entrevistas preliminares" é crucial para todo o desenrolar do caso, e isso por vários motivos. O primeiro deles diz respeito à avaliação da real necessidade do atendimento clínico. Afinal, não é por conta dos encaminhamentos e entendimentos de outros profissionais alheios ao campo *psi* que necessariamente se caracterizaria a suma importância dessa modalidade de atendimento para determinados casos. E outro fator de maior importância ainda para nossa prática profissional é que, por meio das entrevistas preliminares de acolhimento, temos a oportunidade de, já de início, convocar o próprio paciente a "melhor explicar", de acordo com suas próprias significações, de que se trata afinal seu sofrimento, que ele aprendeu a significar como "depressão", seja por meio do diagnóstico que lhe atesta tal patologia, seja por meio da prática do "autodiagnóstico" fruto da identificação com a avalanche de informações disseminada mercadologicamente pelos veículos de comunicação de massa na atualidade.

Especificamente esses "depressivos" evidenciam, já em um primeiro momento, como queixa principal a referida "depressão", como não poderia ser diferente. Ou seja, nas entrevistas preliminares em que o sujeito dirige seu "pedido de ajuda" ao psicoterapeuta, aquilo que justifica tal demanda ele aprendeu a significar como "depressão" (em um sentido patológico, necessariamente). Dizemos que aprendeu porque, de maneira contrária ao sintoma, que enquanto representante simbólico traz aquilo que há de singular no sujeito, o diagnóstico exclui a singularidade das individualidades, trazendo o sujeito à dimensão do impessoal: mais um depressivo em um mundo de depressivos.

Por um lado, o pesar de tal diagnóstico torna-se retroativamente apaziguador da angústia causada pela inscrição da falta de saber sobre aquilo que lhe causa, pois reconhecido como "mais um", pode-se dispor do tratamento comum a todos os que assim se encontram. É relativamente vantajoso ao ego, por meio dos mecanismos que tendem a perpetuar o estado atual de coisas, que lhe identifiquem a uma maioria no que diz respeito às suas mazelas, pois assim não se constitui a necessidade de reconhecer-se como *sintoma* de sua própria história de ser de desejo. Por fim, a singularidade é descartada ao atestar-se aos sujeitos uma categoria patológica da ordem do impessoal, universalizante, e

que tem como prerrogativa os tratamentos medicamentosos visando a uma normatização dos afetos.

É comum entre esses pacientes o histórico de vida medicalizada (variável no tempo e nos tipos de psicofármacos) e que, na maioria das vezes, até o momento era o que tinham como única ferramenta terapêutica para enfrentamento de seus estados de sofrimento. Por conta disto (medicalização), é comum que tais pacientes posterguem ao máximo a busca pelos atendimentos em Psicologia, ainda que tenham sido estimulados a isso pelo profissional que os acompanha, pois, como sabemos, em muitos casos o efeito apaziguador do tratamento medicamentoso contribui para uma verdadeira inércia subjetiva, no sentido de que ao camuflarem-se as expressões sintomáticas, cessa-se aquilo que o ego nega-se a reconhecer e que se esforça por sempre reaparecer.

Assim, nossa prática cotidiana nos revela que parte dos pacientes "depressivos" que de fato encontram-se "melhor" (segundo suas próprias avaliações) por meio da vida medicalizada, estes, ainda que tentem seguir a orientação médica e/ou psicológica de conciliar o tratamento medicamentoso com o acompanhamento psicoterápico, demonstram-se incapazes de levar a cabo tal tarefa. Isto se evidencia diante das desistências precoces do atendimento, sendo geralmente a permanência desses pacientes muito curta, não passando, por vezes, das entrevistas preliminares. Ou seja, podemos perceber claramente que nesse universo de pacientes "depressivos", em parte daqueles que obtêm "relativo sucesso" por meio do uso contínuo de medicamentos – o que se evidencia por meio da cessação de sintomas desconfortáveis –, reduz-se, de forma proporcional, sua disposição ao trabalho clínico em Psicologia.

A aparente melhora em termos sintomáticos, fruto da sedação medicamentosa, aniquila, de antemão, qualquer possibilidade de construção de uma "demanda de análise", que implicaria, inevitavelmente, em um desejo de saber de si, saber aquilo que não se sabe ou aquilo que de fato "não se quer saber". Neste sentido, assim como a manifestação sintomática é suprimida, da mesma forma o desejo (enquanto enigma/causa) também o é (voltaremos a este ponto no capítulo posterior), e

poderíamos arriscar dizer que em última instância os mecanismos de repressão tornam-se mais efetivos na medida em que ao sofrimento são vedadas as brechas de manifestação possíveis.

Ante essa situação, é natural que a ideia de uma psicoterapia não faça sentido ao próprio sujeito, afinal, qual a funcionalidade de um trabalho clínico ante um aparente estado de "bem-estar"?

Em suma, se a oferta terapêutica medicamentosa é capaz de aliviar os sintomas até então desconfortáveis e, dessa forma, concretiza uma verdadeira "solução de compromisso" que possibilita responder "satisfatoriamente" (resultado medicamentoso) à "demanda de cura" sustentada pelos sujeitos, então não há brecha para o advento do ser de desejo – sujeito do inconsciente clivado pelo conflito. O resultado desse interessante conluio entre a "demanda de cura" e a oferta medicamentosa é a perpetuação da vida medicalizada, em que não existe espaço possível para questionamentos, dúvidas, incertezas etc., e que, como podemos constatar em nossa experiência, destina os pacientes a, na maioria das vezes, frequentar os ambulatórios e postos de saúde sempre na busca de receitas médicas que lhes assegurem a continuidade permanente de acesso aos remédios que lhes proporcionam aquilo que, em um primeiro momento, demandaram – o apaziguamento de afetos, sensações e pensamentos desconfortáveis.

Gostaríamos de frisar, ainda, que dos pacientes que buscam e/ou são encaminhados ao serviço de Psicologia clínica para tratamento de "depressão", parte deles obtém um "sucesso satisfatório" em termos de supressão de sintomas promovida pelo tratamento medicamentoso, e justamente por isso as condições básicas para uma psicoterapia psicanalítica inexistem e raramente podem configurar-se.

Por conta disso, nosso interesse específico no resgate dos "fragmentos clínicos" volta-se, então, tanto para os pacientes "depressivos" que, de uma forma ou de outra, conseguiram, por meio do trabalho desenvolvido, ressignificar seus estados de sofrimento, alguns deles conquistando independência dos remédios, como para aqueles que, embora não tenham atingido tal melhora, ainda assim conseguiram pôr em xeque o diagnóstico de "depressão" por meio do qual aprenderam a identificar-se e a representar-se.

Nesse sentido, para nossa pesquisa, nos dedicamos a investigar um fator que nos chama a atenção e que é comum entre esses pacientes: por meio do trabalho clínico existe a possibilidade de transmutar "demanda de cura"/"demanda de sentido" em "desejo de análise".

Entre os ditos "depressivos" e "medicalizados", o que diferenciaria os pacientes que apresentam as condições mínimas para uma psicoterapia psicanalítica daqueles que, mesmo passando pelas entrevistas preliminares (dispositivo de recepção), e por vezes até o início do tratamento, não apresentam condições subjetivas para tal empreitada?

O fator que ao longo de nossa experiência foi mostrando-se como significativo na clínica desses pacientes diz respeito a suas queixas nos momentos iniciais do trabalho ou ainda nas entrevistas preliminares: os pacientes que obtêm resultados esperançosos por meio da psicoterapia ou que apresentam condições básicas para o início desta são aqueles que, ainda que tragam a "depressão" como motivo principal de sua busca pelo atendimento, evidenciam também, de forma enfática, *insatisfação* com relação ao uso contínuo de medicamentos – ainda que estes auxiliem na supressão de determinados sintomas.

Assim, por meio dessa "demanda de cura" que mescla em si mesma uma insatisfação com as *condições de sofrimento* e outra insatisfação pela *aposta medicamentosa*, nos parece que o diferencial é justamente a queixa referente a um "mal-estar" produzido pela intervenção farmacológica, fato que inexiste nos tratamentos medicamentosos que são satisfatórios ao próprio sujeito. Parece-nos então que em determinados indivíduos o "mal-estar", fruto das químicas no organismo, ainda que entrelaçado a outras supressões sintomáticas, justamente pela parcialidade de seus efeitos, mantém-se aberto pelas brechas subjetivas por onde ainda se torna possível *sentir* algo, mesmo que da ordem do "estranho" (Freud, 1919; 1996) e, em última instância, do conflito, em suma, do "mal-estar" propriamente dito.

De uma forma ou de outra, nesses casos específicos podemos perceber que a "matéria-prima" necessária como condição preliminar para uma psicoterapia psicanalítica, a saber, uma quota mínima de *sofrimento,* (ex)-siste, apesar de...

Apesar de quê?

Apesar do apaziguamento afetivo e cognitivo a que se propõem os ansiolíticos, calmantes e antidepressivos, seja por sua eficácia parcial em determinadas subjetividades, seja por seus efeitos colaterais que configuram um "mal-estar" diverso do inicial, aquele fruto das condições existenciais de sofrimento.

Em tais casos a clínica apresenta-se como uma possibilidade de ressignificação alçada na busca pelo deciframento do sintoma, lembrando que este traz em si as marcas singulares do sujeito, donde a vida afetiva ganha novamente a possibilidade de expressar-se e atrelar-se a novos significantes estruturantes até então inconscientes.

A manifestação do "mal-estar" nesses casos específicos é a condição *sine qua non* para o fazer clínico, o qual, na contramão do tratamento medicamentoso (insatisfatório nesses casos), promove a possibilidade de um tempo de subjetivação obstruído antes pela sedação dos afetos e/ou verdadeiramente transfigurado em um "mal-estar" diferente do inicial.

> Do ponto de vista da entrada em análise, a fragilidade dos mecanismos de defesa facilita o acesso do depressivo à depressividade, condição primeira da vida psíquica. O depressivo está mais perto do saber inconsciente a respeito da castração e dos objetos pulsionais do que os neuróticos "normais". Mas essa passagem, da depressão à depressividade, demanda tempo. A fala dirigida ao analista na clínica da depressão tem, antes de mais nada, a função de construir um lugar – de ordem mais *temporal* do que espacial – em que o sujeito possa se instalar. (Kehl, 2009, p.228)

De acordo com nossa compreensão, o correlato conceitual à depressividade mencionada pela autora seria a noção freudiana de *desamparo*, no sentido de que a depressividade seria a capacidade de o sujeito haver-se com o desamparo originário, condição de possibilidade primordial para a estruturação do psiquismo. Lembrando que o psíquico forja-se a partir de um furo (real) inaugural, o qual escapa à possibilidade de simbolização total e plena e, justamente por isso, põe em movimento o circuito pulsional, sendo possível cada vez mais

e mais simbolizações acerca dessa falta originária que insiste em não cessar de faltar. O sentimento primitivo de desamparo seria a reação afetiva ante a inscrição de *ausência*, e na depressividade, por sua vez, reside a capacidade de o sujeito representar simbolicamente sua condição de falta-a-ser.

Deste modo, tal como trouxemos a realidade de nossa prática clínica e, na mesma medida, a contextualização dos casos que envolvem a problemática investigada, focamos nossa atenção a partir de agora na apresentação de seis casos clínicos, os quais representam esses indivíduos que apresentam as condições básicas preliminares para uma psicoterapia psicanalítica, ainda que apenas em um momento inicial em que, por meio da presença insistente do "mal-estar", mobilizaram-se à busca do tratamento psicoterápico. A escolha por trabalhar com tais casos deve-se a um motivo demasiadamente evidente, o qual se refere ao fato de que, justamente pela possibilidade de viabilização do trabalho clínico (ou seu início, em alguns dos casos), são os *fragmentos* que trazem maior riqueza de dados para a compreensão acerca do que nos propusemos no presente estudo.

Assim, tencionamos identificar no capítulo seguinte as formas com que tais pacientes lidam com suas condições de sofrimento, especificamente seus percursos, caminhos e descaminhos, identificações e reestruturações simbólicas e imaginárias acerca de seus diagnósticos de depressão e do tratamento medicamentoso que recebem, e que, apesar desse remanejar e/ou suprimir determinada configuração sintomática, ainda assim podem evidenciar a marca da produção de um "mal-estar" diferente do sofrimento inicial.

4
A (EX)-SISTÊNCIA DO SUJEITO DEPRESSIVO

Em nossa empreitada investigativa foi possível, até o momento, delinearmos as configurações socioculturais de nossa atualidade compreendidas como dispositivos "disparadores" de sentimentos de angústia e desamparo. Nosso olhar sobre tais condições que as identificam pelo viés do "mal-estar" é uma meta que foi construída com base em um modo específico de apreender nosso objeto: a depressão. Assim, nossa atualidade não nos é presenteada apenas como pano de fundo existencial angustiante, de forma que correríamos o risco ingênuo de "rotular" (como em um diagnóstico) essa realidade somente pelo viés da negatividade. Contudo, nosso objeto de estudo nos impele a esse "modo de olhar" específico, o qual intenta identificar os modos de produção de subjetividade na atualidade, em especial aqueles que suscitam sentimentos de desamparo.

Posto isso, pudemos apreender até aqui as condições existenciais da atualidade e a lógica das práticas e saberes que autenticam a depressão como "mal-estar" contemporâneo, conforme apresentado por meio dos dados de nossa prática profissional cotidiana.

Este capítulo nos guiará por meio do material clínico propriamente dito – fruto das reminiscências do próprio pesquisador –, constituído com base na vivência de atendimentos realizados em saúde pública no decorrer destes anos (de 2005 a 2009) atuando profissionalmente.

Com base na contextualização dos casos clínicos, chamamos a atenção para os aspectos subjetivos relacionados principalmente à questão do tratamento medicamentoso e do diagnóstico. Por esse viés, tencionamos identificar o "impacto subjetivo" dos diagnósticos, dado que estes são formulados e identificados ao sujeito em uma relação sempre transferencial, em virtude das "demandas de saber" por parte do paciente que busca uma "cura" e/ou alívio de sintomas. Na mesma medida, o uso prolongado de medicamentos e o aparente insucesso destes, em alguns casos, podem caracterizar uma perpetuação das condições de "mal-estar", por uma outra via, no sentido de que também eximem as individualidades de tornarem-se sujeitos de seus próprios desejos.

A questão do diagnóstico

O nome disso é mundo, o nome disso
é terra,
O nome disso é globo, o nome disso
é esfera,
O nome disso é azul, o nome disso é bola,
O nome disso é planeta, o nome disso
é lugar,
O nome disso é imagem, o nome disso
é Arábia Saudita,
O nome disso é Austrália, o nome disso
é Brasil,
Como é que chama o nome disso?
Como é que chama o nome disso?
(Arnaldo Antunes, 1995)

Como sabemos, a questão dos diagnósticos é polêmica e sempre forjada por infindáveis discordâncias resultantes dos diferentes pontos de vista pertencentes aos distintos campos de saberes sobre o *psi* na atualidade.

Dada a complexidade de tais formulações, manuais como o CID-10 (Código Internacional de Doenças) e o DSM (Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais) servem de parâmetro mundialmente reconhecido para nortear aqueles que se encontram envolvidos com a prática diagnóstica. Tais manuais teriam a funcionalidade e a praticidade de disponibilizar aos profissionais um vasto leque de descrições nosológicas baseadas em leitura e em descrições sobre as manifestações sintomáticas, com vistas a uma maior probabilidade de acerto e precisão diagnóstica. Além disso, esses manuais auxiliam a comunicação entre os profissionais, os quais passam a utilizar-se dos códigos universais que representam as variadas categorias e subcategorias de psicopatologias, síndromes, transtornos, entre outros. "[...] o diagnóstico é uma convenção aceita pelo grupo, permitindo a comunicação no interior do grupo. [...] O diagnóstico fica sendo uma "etiqueta" com a qual o doente é definitivamente marcado" (Zarifian, 1989, p. 46).

Sendo um consenso estabelecido entre os pares de uma determinada comunidade profissional, o diagnóstico passa a representar um dado irrefutável verificado clinicamente e baseado em uma nosografia previamente estabelecida, em que, diante da manifestação de determinados sintomas e de acordo com suas possíveis combinações, a tarefa de reconhecer uma doença torna-se sinônimo de uma "verdade" comumente aceita acerca do que se apresenta como patológico no sujeito.

Com base em nosso interesse específico, cabe ressaltar a evidente discrepância entre as modalidades diagnósticas praticadas pela psicanálise e as médico-psiquiátricas. Convém lembrarmos que a primeira, antes de intentar remeter-se a uma noção psicopatológica propriamente dita, visa a uma compreensão estrutural do sujeito psíquico.

O diagnóstico em psicanálise nos remete a uma lógica subjetiva característica de cada sujeito, em que Lacan (1958 [1957]; 1999), retomando Freud, propõe as seguintes estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Dentro desse referencial psicanalítico podemos compreender as estruturas clínicas como distintas modalidades de defesa privilegiadas em cada sujeito. Essas modalidades defensivas evidenciam uma estrutura psíquica tomando por base como o sujeito posiciona-se ante a castração, a falta e a angústia, desvelando um estilo característico de ser referente aos laços sociais em suas relações estabelecidas com o(s) outro(s), relações estas permeadas pela dimensão

da alteridade, o que é autenticado e trabalhado por meio do desenvolvimento da *transferência* no decorrer da psicoterapia, ao contrário da tendência maioral na vida cotidiana de refutar sem pestanejar tudo aquilo que remete ao outro como alteridade e diferença.

Nesse sentido, ressaltamos que, para efetuarmos tal decifração da subjetividade individual, o foco não é jamais uma combinação dos sintomas manifestos do paciente, mas sim uma apreensão de *como* o sujeito lida com seu próprio desejo (o que evidencia também seu posicionamento ante o desejo do outro). Lembrando que para isso a análise das transferências positivas e negativas do paciente para conosco na relação terapêutica é fundamental.

Com relação à dicotomia que se presta a psiquiatria ao formular diagnósticos baseados na identificação de sintomas manifestos, operando dessa maneira uma distinção e separação entre sintomatologia aparente e o *sintoma* tal como compreendemos em psicanálise, a saber, que o sujeito em sua totalidade psíquica é sintoma por excelência, Leguil (1989, p.62) nos recorda um dos pontos fundamentais da psicanálise com relação à escuta destinada ao sujeito psíquico:

> [...] distinguir só serve para visar a causa, numa iniciativa necessária à própria orientação do psicanalista. Enquanto os psiquiatras o fazem, Freud não separa semiologia, psicopatologia e terapêutica, porém, por meio de sua clínica, ele instala a demarcação das estruturas no âmago mesmo da experiência, no âmago do que regula seu desenvolvimento.

Notemos que o que visa um diagnóstico em psicanálise é a apreensão de um modo de ser do sujeito. Isto só nos é possível desvelar por meio da experiência transferencial, em que se configura o desenho do desejo do paciente nessa relação estabelecida com a figura do psicoterapeuta que lhe representa seu grande outro na situação clínica.

Em suma, é somente por meio da apreensão dessa lógica subjetiva do sujeito – a qual se concretiza e se faz manifesta por meio da relação transferencial – que nos é possível falar de uma modalidade de diagnóstico que se situa para além dos sintomas manifestos. Quanto a isso, enfatizamos que o próprio conceito de *sintoma*, em psicanálise, nos

aponta para um *modus operandis* do sujeito, e não apenas seu "mal-estar" físico e passível de observação. Eis a proposta inédita quanto a uma formulação diagnóstica inaugurada por Freud.

Dentro dessa perspectiva se faz importante retomarmos uma diferenciação fundamental entre "estrutura psíquica" e "conduta".

Como salientamos, o diagnóstico estrutural visa à apreensão de uma modalidade de defesa desempenhada pelo sujeito ante a castração, o que, em última instância, revela sua relação com seu próprio desejo e com o desejo do outro. Por "conduta" entendemos os variados padrões comportamentais, bem como todos os sintomas manifestos. Isto porque não é regra que todo o quadro sintomático (que pressupõe determinada personalidade) coincida com uma estruturação psíquica preestabelecida. Assim, não nos espanta quando nos deparamos, por exemplo, com um indivíduo "obsessivo" em termos de comportamentos manifestos enquanto que sua estruturação psíquica revele organização e funcionamento histérico. Tantos outros exemplos evidenciam que a leitura subjetiva do sujeito, baseada em padrões de sintomas manifestos, distancia o psicólogo de um diagnóstico estrutural, o qual se revela fundamentalmente no desenvolvimento da *transferência*.

Em suma, um diagnóstico em psicanálise, ao contrário dos parâmetros médico-psiquiátricos que se norteiam pela leitura sintomática, deve sempre ir além das aparências e buscar o que sustenta esses sintomas manifestos, ir à busca dos delineamentos do grafo do desejo do sujeito, ali onde o fantasma (fantasia) estrutura e mantém as expressões sintomáticas. "A posição do sujeito no fantasma e o real do objeto causa de desejo são, portanto, o que visa uma pergunta feita sobre o diagnóstico" (idem).

Ao falarmos em *transferência*, é prudente mencionar e atermonos ao fato de que toda "devolutiva diagnóstica", como as realizadas pelas outras especialidades (as quais veem utilidade em informar o próprio paciente de tal conclusão), acontece sempre dentro dos limites *humanos, demasiadamente humanos*, de uma relação transferencial médico-paciente e que, cabe lembrar, é desde o início uma relação assimétrica devido à transferência veiculada por uma demanda de saber direcionada ao profissional.

Isto implica mencionarmos o que Maurano (2003) aponta ao diferenciar um "pedido de ajuda" de uma "demanda de análise". Não é apenas o *sofrimento* identificado pelo nosso olhar e escuta que caracteriza a pertinência e a possibilidade de realizarmos uma psicoterapia, na qual iniciamos uma caminhada junto do paciente em busca de suas próprias determinações psíquicas. O sofrimento, entendido aqui, de uma maneira mais geral, como um traço manifesto do "mal-estar", evidencia apenas que algo no interior do sujeito clama reconhecimento, a saber, seus significados e determinantes psíquicos inconscientes. Assim, podemos identificar facilmente que em um momento inicial em que o paciente nos procura (e, ao mesmo tempo, no caminho percorrido em busca de "cura" em outras especialidades), o que ele nos direciona é um *pedido de ajuda* regulado por uma *demanda de sentido*, tencionando alcançar uma resposta ao sofrimento e, junto dela, uma solução para este. Nesse envolvimento inicial, e também muito superficial, o paciente alimenta a esperança de que nós possuímos exatamente o que ele deseja.

Lacan (1961 [1960]; 1992) definiu que o lugar do analista na relação transferencial é um lugar identificável como o do "Sujeito Suposto Saber", um sujeito outro que possuiria esse *saber* sobre o sujeito que lhe demanda um sentido. Ora, isto é exatamente o que Freud há muito nos ensinou sobre a lógica da transferência, implicando em sua dinâmica e seus afetos toda a idealização por parte do paciente, movido pelo desenvolvimento da transferência positiva inicial.

Em outras palavras, o que é imprescindível compreendermos é que, implicitamente, nesse "pedido de ajuda" (que convoca o psicólogo e/ou médico a ser o principal agente da cura), de nossa parte, baseados em nossos conhecimentos teóricos, técnicos e científicos, poderíamos prover o paciente desse saber que ele mesmo desconhece sobre seu sofrimento. Contudo, um "pedido de ajuda" é insuficiente para delimitarmos uma condição preliminar para uma psicanálise, na medida em que, enviesado por essa modalidade de *demanda*, o paciente não faz mais do que esperar passivamente do médico/psicólogo a solução pronta de seus males. Ou seja, ele, ao invés de desejar, encontra-se preso à lógica neurótica da demanda dirigida ao outro, levando-se em

consideração que a tarefa desejante e o conhecimento de como se constitui o desejo próprio implica reconhecer-se como faltante, inclusive faltante de todo sentido que demanda a esse outro na relação transferencial e que poderia obturar-lhe as fissuras da castração simbólica, se assim lhe fosse concedido tal "suposto saber".

Em suma, o psicoterapeuta, na relação transferencial, representa imaginariamente para o paciente esse "Sujeito Suposto Saber" – um profissional que, capacitado por sua formação, "sabe" sobre o "mal-estar" alheio. Porém, esse saber demandado pelo paciente é um saber da ordem do inconsciente e, sendo assim, em um primeiro momento, sabemos tão pouco ou verdadeiramente nada dele quanto o próprio paciente. Esse "lugar", tal como o define Lacan, é um semblante idealizado pelo paciente e com o qual não devemos nos identificar de forma alguma, ao preço de comprometermos a psicoterapia completamente caso isso ocorra. Sabemos e dominamos as teorias e as técnicas, mas do inconsciente do nosso paciente nada sabemos absolutamente, pois este só se revela no âmago do próprio processo psicoterápico.

> O analista é investido dessa suposição pela transferência, mas não pode responder daí. Desprezar esse lugar do sujeito suposto saber é uma forma de não responder à demanda de amor. Ao ocupá-lo e respondendo a partir dele, o analista vem situar-se como detentor do tesouro dos significantes, o lugar do Outro para o sujeito. Esse lugar tem toda a dimensão da onipotência, não devido ao fato de o analista ser onipotente mas pelo fato de ele estar no lugar de tesouro dos significantes (em A), ou seja, de ser suposto possuir todos os significantes apropriados a responder à questão do sujeito. (Quinet, 2008, p.100)

Ao menos duas condições adversas evidentes são possíveis ao nos identificarmos com essa imagem simbólica de "Sujeito Suposto Saber": a primeira delas é que ao "vestirmos a carapuça" desse ideal e nos dirigirmos desse "lugar" ao paciente, constituindo a veiculação do que Lacan ([1970]; 1992) formulou como "discurso universitário" e "discurso do mestre" no que tange a uma relação permeada pelo viés do saber/poder, acabamos por dar de bandeja ao paciente o que ele deseja (nome/solução do "mal-estar"), e desta forma o privamos de

qualquer atividade autorreflexiva, condição *sine qua non* para a psicoterapia enquanto proposta de "saber-de-si".

Cabe lembrarmos que essas modalidades de discursos (universitário e do mestre) suprimem o advento do sujeito, ou, em outras palavras, provocam um assujeitamento.

Em linhas gerais, sepultamos qualquer possibilidade de junto do paciente reconfigurarmos sua queixa inicial, levando-o a duvidar de suas próprias certezas, e, por meio desse questionamento existencial, avançarmos do "pedido de ajuda" ao "desejo de análise/desejo de saber-de-si". Em segundo lugar, identificando-o a algum diagnóstico e evidenciando isto ao paciente envolto nesta relação transferencial (demanda de saber –> Sujeito Suposto Saber), selamos seu destino.

> Esse efeito obedece a própria lógica do significante [...] o significante mata a Coisa. Assim, quando lançamos um significante contra um sujeito para atingi-lo, como em um insulto, mas de certa forma também no diagnóstico, é como se o matássemos. [...] quando usamos um significante com a pretensão de captar o ser do sujeito, antes de mais nada nós o agredimos; além disso, procuramos petrificá-lo sob o significante posto sobre ele, especialmente quando acreditamos que essa etiqueta pode objetivá-lo ou, tal como se dizia nos anos 1960, alienálo, ou ainda que podemos traçar seu destino com o nosso diagnóstico. (Monseny, 2001, p.70)

Tal como nos demonstra nossa prática profissional, devido à situação psicológica do paciente na sua relação com o médico e/ou psicólogo, geralmente ao receber determinado diagnóstico o sujeito é incapaz de questioná-lo, pois, como podemos perceber, esse discurso outro que o identifica a alguma categoria patológica vem de encontro a sua demanda inicial (quanto a isso retomaremos mais adiante).

Cabe salientarmos que a formulação diagnóstica compreendida pela leitura psicanalítica evidencia que o diagóstico deve servir para nortear o trabalho do psicoterapeuta, e não para ser escancarado ao próprio paciente em uma relação que, em termos psicológicos, é desigual/assimétrica (devido à transferência e à idealização do

Sujeito Suposto Saber), o que, por fim, resulta apenas na mortífera identificação do sujeito com o "discurso do mestre" simbolizado pelo próprio diagnóstico.

Poderíamos ir um pouco mais longe e afirmar, diante do que a realidade de nossa prática profissional nos revela, que na maioria dos casos em que o paciente recebe um diagnóstico psicopatológico, sua abertura para a psicoterapia se reduz drasticamente. Isso explica o fato de que a maioria dos pacientes "depressivos" demora muito tempo até tomar a decisão de iniciar alguma psicoterapia. Ainda mais facilmente perceptíveis são os casos em que o diagnóstico psiquiátrico coincide cronologicamente com o andamento da psicoterapia. Toda a disposição para o trabalho psicoterápico esvai-se ou tende a diminuir consideravelmente, dado que o sujeito encontrou para si um significante que identifica e atesta sua condição de "doente", o que, automaticamente, vem justificar toda sua estilística existencial que o reserva um lugar de vítima dos infortúnios e descaminhos da vida humana, demasiadamente humana.

Poderíamos considerar, então, que um diagnóstico é uma referência que norteia a intervenção do psicólogo e, desta forma, necessária. O que é evidentemente questionável é o que fazer com tal formulação diagnóstica, no sentido de que entendemos que para o próprio paciente aquela pouco tem de utilidade e, exatamente ao contrário, suprime todo o desejo de análise, pois representar um saber/poder supostamente investido pela relação transferencial trata-se de um significante que mata e reduz a subjetividade do paciente.

Ao comentar sobre a ambiguidade quanto às possíveis utilizações de formulações diagnósticas, Leguil (1989, p.61), utilizando-se de um exemplo, diz:

> Um diagnóstico de *border-line* não diz nada do paciente, salvo que ele cria dificuldade, mas diz muito do praticante, de sua teoria, de seus pressupostos, já menos de sua ética [...]. Agarradas a um aparelhamento teórico datado [...] todas pouco ou muito fundadas numa concepção de desenvolvimento psíquico, não indicam senão mediocremente o que se pode extrair de tratamento, e muito mais aquilo sobre o que se espera o alinhamento do paciente.

Indo direto ao ponto, podemos considerar que o diagnóstico ou, mais especificamente, sua formulação e devolutiva ao paciente veiculado por esse discurso do outro, enquanto finalidade psicoterápica, em nada ajuda o sujeito diante da tarefa de "saber-de-si".

Como dissemos, a maioria dos pacientes, na medida em que são identificados ao rótulo patológico da depressão, encontra nesse diagnóstico a "explicação/causa" de seu modo de ser/estar, e então, seguido a isto, tem-se a sua disposição um arsenal farmacológico para o tratamento de seu sofrimento.

Diante dessa situação, para quê, afinal, uma psicoterapia? Que sentido pode ter um trabalho dessa natureza se o sujeito pôde encontrar em um outro este saber que ele procurava e almejava e, mais ainda, tendo à sua mão as pílulas mágicas que sanam as manifestações de seu sofrimento?

Nossa experiência profissional nos demonstra que, salvo raríssimas exceções, os pacientes tendem a apostar todas suas fichas nesse saber outro que lhe foi ostentado e aprimorado com toda sua maquinaria medicamentosa: o saber médico-psiquiátrico.

Assim, convém retomarmos, ainda dentro dos aspectos *transferenciais* presentes nessa relação inicial, que Lacan (1958 [1957]; 1999), ao radicalizar a proposta freudiana em sua dialética do desejo e da demanda, afirma enfaticamente que toda demanda, em última instância, é *demanda de amor*. Podemos compreender que na situação clínica, devido às próprias características e peculiaridades de tal relação, todo o envolvimento transferencial do sujeito para conosco delineia seu *fantasma,* que sustenta sua fantasia em sua relação com o outro. Ou seja, por meio do desenvolvimento da transferência temos o vislumbre de como o sujeito articula-se ante o desejo do outro, desejo este que se apresenta como enigma ao paciente na situação clínica.

A esse respeito, não podemos nos furtar de retomar Freud (1915 [1914]; 1996) e nos ater ao que o Pai da Psicanálise nos ensinou a respeito de suas *Observações sobre o amor transferencial*. Afirma-nos Freud que em situações em que amor transferencial evidencia-se claramente, como sabemos, esse amor passa a ser exagerado e/ou potencializado pelo fenômeno da resistência, ao passo que apenas nos cabe a tarefa de

levar a psicoterapia dentro dos pressupostos da "regra da abstinência". Tal abstinência, conforme Freud orienta-nos, refere-se estritamente à conduta de não atendermos às expectativas pulsionais do paciente. "[...] só há análise na medida em que a demanda e o desejo do analisante se mantêm insatisfeitos. [...] a única resposta possível a se dar à demanda é *não*, pois responder à demanda é fazer calar – fazer calar o desejo" (Quinet, 2008, p.99).

Em suma, para além da situação de apaixonamento, tal como Freud nos alerta, especificamente estamos nos referindo a um posicionamento peculiar do psicólogo ante as demandas do paciente de uma maneira geral, em que aquele terá de ser capaz de, ao mesmo tempo, manter a recusa em atender essa demanda, mas também utilizar-se de tal transferência para levar o tratamento adiante. Esse posicionamento, uma vez que desejamos conduzir a psicoterapia no intuito de tratarmos eficazmente nossos pacientes, refere-se ao "lugar/desejo do analista" no envolvimento transferencial.

> O desejo do analista é um desejo para-além da fantasia, que não se sustenta em nada: ele é o lugar vazio que o analista oferece ao analisante, uma vaga para que aí possa se instalar o desejo do analisante como desejo do Outro. Ele é como uma vaga de garagem. O desejo do analista é a vaga onde o bonde chamado desejo do analisante pode estacionar pelo tempo necessário de uma análise. (idem, p.112)

Não atendermos as exigências pulsionais do paciente, exigências estas que evidenciam os protótipos imaginários e simbólicos que delineiam a tentativa de fazer-se *falo* ao outro, é não só uma atitude esperada do psicólogo como também a única alternativa possível para podermos conduzir o paciente a subjetivar sua demanda, que vela seu modo singular de responder a esse desejo-enigma do outro. Por meio da abstinência, tal como nos ensina Freud, temos a chance de continuar a psicoterapia com o paciente subjetivando e superando a lógica do *princípio do prazer* que, em última instância, prende o sujeito dentro da dialética da demanda, forçando-o a ficar sempre aquém da tarefa de constituir-se como ser de desejo. Atendermos às demandas

de amor do paciente, como nos diz Freud, ou qualquer demanda, como nos alerta Lacan, seria uma vitória para o paciente, que obteve aquilo que almejava reproduzindo mais uma vez (*repetição*) a lógica infantil do princípio do prazer, o que só reafirma e mantém sua neurose, ao passo que, justamente por isso, caracterizaria o fracasso do tratamento.

Em suma, levando aos extremos as considerações de Freud sobre o amor transferencial, tal como o fez Lacan (1958 [1957]; 1999), reconhecemos que *toda demanda é demanda de amor* no sentido da busca pela aceitação e admiração do psicólogo, o que implica que o paciente esforce-se por ser e/ou parecer ser aquilo que imagina que o outro espera dele.

Transpondo isso para nossa problemática específica, tem-se a relação do paciente conosco ou com outras especialidades em um momento inicial em que este externaliza um "pedido de ajuda"/"demanda de saber". Podemos compreender por que ao atendermos a essa demanda atribuindo-lhe um diagnóstico por fim só alienamos o paciente de si mesmo e autenticamos de forma afirmativa um estado necessariamente patológico de seu sofrer.

O problema em si não é sobre reconhecermos e identificarmos o sofrimento, pois este de fato torna-se legítimo ante o genuíno desejo de saber-de-si. O agravante dessa autenticação constitui-se quando esta aponta para a (re)afirmação de, necessariamente, uma condição patológica (assim como é compreendida pelo paradigma médico-psiquiátrico). Se toda demanda é, em última instância, demanda de amor, então devemos nós (ao renunciarmos ao lugar de Sujeito Suposto Saber) frustrar essa demanda ao conduzirmos a psicoterapia dentro da "regra de abstinência". Frustração necessária, na medida em que a manutenção da demanda e do desejo insatisfeito é condição fundamental para instalarmos a dimensão da dúvida sobre as certezas do próprio paciente, certezas estas que são sinônimo de verdades para o sujeito, verdades constituídas com base em sua representação (social) sobre a depressão na atualidade, que é cotidianamente reafirmada nos caminhos e descaminhos na busca de cura, e que se concretizam nos meandros das práticas em saúde.

Medicalização da depressão e o silenciar dos afetos

Socorro, não estou sentindo nada
Nem medo, nem calor, nem fogo,
Nem vontade de chorar, nem de rir
Socorro alguma alma mesmo que penada
Me empreste suas penas,
Já não sinto amor, nem dor
Já não sinto nada!
Socorro, alguém me dê um coração,
Que esse já não bate nem apanha,
Por favor, uma emoção pequena
Qualquer coisa,
Qualquer coisa que se sinta,
Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva.
(Arnaldo Antunes, 1998)

Tal como discutimos anteriormente, o semblante da depressão como uma das modalidades – símbolo do "mal-estar" – na atualidade forja-se por meio da constituição dos saberes e práticas características de nossa contemporaneidade que se voltam a tal problemática. Contudo, os delineamentos que a consideram como categoria necessariamente psicopatológica provêm especificamente do paradigma médico-psiquiátrico e, por vezes, de outras abordagens em Psicologia que compactuam das nomenclaturas e nosografias dos manuais de diagnósticos médicos.

Dentro da especificidade de nossos objetivos, tencionamos identificar de que maneira a medicalização indiscriminada e banalizada da depressão pode, por vezes, perpetuar ou de fato produzir condições de "mal-estar". Lembremos que tal medicalização, como toda modalidade de intervenção, atua também como dispositivo de produção de subjetividades, e atentemos, ainda, para o fato de que estamos nos referindo especificamente às alterações físicas/somáticas e às sensações e afetos que representam determinadas condições psicológicas resultantes de uma "apropriação" daquilo que é psíquico por meio de intervenções químico-biológicas.

Conforme a experiência profissional nos atesta, os pacientes diagnosticados como "depressivos" possuem em comum algumas particularidades no que diz respeito às tentativas de lidar com seu sofrimento no âmbito das assistências em saúde. Como podemos observar, existe uma forma padronizada de (ex)-sistência desses sujeitos a partir do momento em que lhes atestam o diagnóstico de depressão, isso como consequência direta do também padronizado diagnóstico e tratamento que lhes sucede. O que nos chama a atenção é o fato de que alguns desses pacientes, uma vez diagnosticados como depressivos e (in)devidamente medicados, perdem grande capacidade de abertura para uma psicoterapia e, quando em algum momento nelas apostam, trazem em sua queixa uma evidente insatisfação com relação à "vida medicalizada".

Dois aspectos específicos emergem como fator comum na totalidade dos casos apresentados a seguir: a queixa sobre o próprio sofrimento somada à queixa de que o uso de medicamentos tornou-se insatisfatório, e a queixa de que mesmo medicados, o "mal-estar" não cessa completamente ou, ainda, que outras sensações vieram constituir um "mal-estar" diferente do sofrimento inicial (aquele antecedente do período de medicação).

Por conta de esses aspectos tornarem-se presentes na maioria dos casos de pacientes que chegam à psicoterapia como "depressivos" e que apostam nessa modalidade de terapêutica como possibilidade de saída do "mal-estar", uma inevitável pergunta impõe-se diante de nós: poderiam os tratamentos medicamentosos (sem generalizações), em alguns casos específicos, atuar como potencializadores ou perpetuadores de "mal-estar" ao invés de viabilizar sua resolução?

Por meio dos casos clínicos apresentados a seguir, tencionamos ao menos iluminar relativamente a obscuridade em que se assenta tal questão. Porém, acerca da natureza desse questionamento, lembra-nos Amarante (2007, p.95): "Há um certo consenso em considerar que a própria medicina seja capaz de produzir ou agravar as doenças, o que é denominado de iatrogenia".

Nesse sentido, podemos observar constantemente em nossa prática que as combinações de antidepressivos e tranquilizantes,[1] ao mesmo

1 A combinação de medicações que possuem princípios ativos distintos, e por vezes

tempo em que aliviam determinados sintomas ou manifestações de angústia, também promovem outras sensações aversivas e, por vezes, até a completa ausência destas.

Como sabemos, por conta de toda a lógica mercadológica e financeira altamente lucrativa das indústrias farmacológicas, a tendência é que sempre os mais avançados medicamentos sejam lançados no mercado, constituindo uma práxis que captura desde os profissionais (médicos) que os prescrevem até, por fim, os pacientes usuários desse arsenal disponibilizado. A medicalização enquanto processo estratégico, ou seja, a própria constituição de sua prática que estabelece com o corpo social uma relação desigual de saber/poder, diz respeito ao movimento paradigmático de tornar médico tudo aquilo que, em si, não é da ordem da medicina. Estamos nos referindo aqui a uma verdadeira apropriação de um amplo campo existencial humano no qual aquilo que por vezes é social, político e até econômico torna-se subitamente objeto de patologização, caracterizando aquilo que Foucault (1979) nos apresenta como o controle estratégico sobre a vida, denominado de Bio-Poder. Concluindo acerca da medicalização, Amarante (2007, p.95) expõe:

> Em outras palavras, o termo está relacionado à possibilidade de fazer com que as pessoas sintam que os seus problemas são problemas de saúde e não próprios da vida humana. Por exemplo, uma grande tristeza após a perda de um familiar que, ao ser "medicalizada", torna-se "depressão"; e a pessoa, um "paciente deprimido".

Em suma, a apropriação pelo saber médico de tudo aquilo que é passível de identificação dentro dos seus cânones diagnósticos resulta

---

contraditórios, é um fato cotidianamente constatado no trabalho psicoterápico com pacientes depressivos. Assim, como a "depressão", segundo as descrições nosológicas, compreende sintomas de desânimo, desinteresse geral, fadiga, insatisfação, mas da mesma forma sentimentos como angústia, irritabilidade, falta de paciência etc., a prática medicamentosa corriqueira visa domar esses poderosos afetos, lançando-se mão, de um lado, dos antidepressivos, a fim de animar esse corpo inerte tomado pela depressão, e de outro, dos calmantes e/ou tranquilizantes, para cessar as manifestações de angústia e irritabilidade presentes.

na medicalização indiscriminada do corpo social e das individualidades na contemporaneidade.

No caso da "depressão" especificamente, podemos atestar por meio de nossa atividade profissional que praticamente inexistem pacientes que fiquem isentos de uma intervenção medicamentosa, uma vez diagnosticados sob esse rótulo psicopatológico. Por outro lado, se ponderarmos a lógica do desenvolvimento tecnológico da farmacologia, de maneira inversa, podemos compreender que uma vez desenvolvido todo um arsenal psicotrópico para a depressão, automaticamente atesta-se a depressão como necessariamente um estado patológico: "As classificações de psicotrópicos reforçam a situação. Há antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos: então há psicoses, depressões, ansiedade" (Zarifian, 1989, p.50).

De maneira geral, podemos com facilidade ponderar as consequências de tais procedimentos que identificam a depressão como um mal patológico e necessariamente medicalizável. No fim do trajeto em que os pacientes buscam a "cura" para seus sofrimentos, toda a dimensão da subjetividade e da história de vida do sujeito foi impiedosamente silenciada. Em um momento inicial, a voz outra expressa pelos sintomas manifestos é abafada pela rotulação diagnóstica, e a intervenção medicamentosa suprime completamente a própria manifestação sintomática.

É prudente lembrarmos que apesar de somente os sintomas manifestos como categoria única não servirem de um norte confiável para um diagnóstico em psicanálise, são uma expressão simbólica das propriedades psíquicas, e uma vez silenciadas pelas medicações, carecemos de uma das principais matérias-primas da manifestação do "mal-estar" inerente ao sujeito.

A respeito desse efeito apaziguador, que tanto mais parece uma anestesia psíquica e somática, no sentido que nos remete à ordem de um rebaixamento libidinal, mencionaremos o primeiro caso clínico.

Andressa, paciente de trinta anos de idade, procurou a psicoterapia por conta de *irritabilidade excessiva, alterações repentinas de humor* e *falta de paciência com tudo*. Em suas queixas a paciente dizia-se *muito imediatista*, sentindo sempre necessidade de conseguir *fazer várias*

coisas e tudo na mesma hora. Trazia também observações de outros sintomas manifestos, como *mania/obsessão por limpeza, não lhe sendo suportável ver nada em sua casa que lhe remetesse a falta de organização e a sujeira*. Dizia também *sentir-se depressiva esporadicamente*. Cabe observarmos que a relativa *irritabilidade* e *nervosismo*, bem como sua *mania de limpeza*, sempre foram características presentes de sua personalidade (dados trazidos ainda nas entrevistas preliminares).

Antes de iniciar sua psicoterapia (que não passou das primeiras sessões devido a sua desistência), Andressa havia feito a experiência de tratar-se exclusivamente por meio das medicações que lhe foram anteriormente receitadas. Quanto a isso, a paciente trazia, por meio de seus relatos, que *havia tomado os antidepressivos durante três meses, mas que parou de tomar por iniciativa própria, tendo em vista que a única coisa que sentia era uma moleza intensa. Sentia moleza no corpo e mais nada*.

Neste caso específico, as queixas relativas às sensações de "moleza no corpo e mais nada" nos remetem ao possível "mal-estar" produzido pelas intervenções medicamentosas, o qual vem sendo, desde o início, considerado neste trabalho como hipótese principal a ser investigada. Contudo, no caso de Andressa, apesar de tais sentimentos terem contribuído para impulsioná-la a buscar atendimento psicoterápico, sua desistência deu-se de forma precoce, o que impossibilitou que a paciente pudesse simbolizar sua vivência de "mal-estar" de uma forma geral, incluindo a questão do diagnóstico e a própria questão medicamentosa.

De forma mais evidente, podemos perceber por meio de outro caso clínico (Verena) como o silenciar dos afetos promovido pela intervenção medicamentosa pode contribuir para uma inércia subjetiva e, muitas vezes, dar vazão e veicular as manifestações de *pulsões de morte*, inerentes ao ser humano, porém, nessas situações, aparentemente potencializadas pelos efeitos dos psicofármacos.

Verena, paciente de 35 anos, procurou a psicoterapia por conta de *sentimentos de angústia*, *irritabilidade*, *sentimentos depressivos* e *pensamentos pessimistas*. Aos 23 anos de idade, em virtude de seu primeiro casamento, em que mantinha uma relação conturbada com o marido, Verena começou a ter os sentimentos descritos, ocasião em que lhe foram receitados alguns tranquilizantes e antidepressivos.

Atualmente, Verena buscou a psicoterapia por estar percebendo que todos esses sentimentos estão voltando e que, diferentemente da vez anterior, *prefere agora não ter que depender do tratamento medicamentoso*. Naquela ocasião, aos 23 anos, Verena tomou medicação durante seis meses, momento em que a própria médica suspendeu-lhe o uso ante a manifestação de dependência que a paciente evidenciava. Mediante observações específicas em meio a tudo que era trazido para as sessões, pudemos contemplar uma situação em que Verena *tomava mais comprimidos do que precisava* (daquilo que lhe foi prescrito) e, como consequência, *ficava completamente dopada e drogada, sentindo que era um meio de conseguir esquecer-se dos problemas, porém, conforme o efeito passava, tinha de, necessariamente, tomar mais.*

Curiosamente, nessa situação foi a própria médica quem alertou-lhe de sua dependência e suspendeu a medicação, pois a vontade da própria paciente era de *continuar tomando, e que queria era ficar dopada o tempo todo.*

Podemos notar, por meio desses fragmentos, como muitas vezes todo o efeito apaziguador das medicações pode tornar-se aliado às *pulsões de morte*, no sentido de que viabiliza uma repetição perpétua de um gozo (ficar dopada) e ao mesmo tempo supre de forma singular esse desejo de autoalienação.

Situações análogas a essa nos recordam a disposição natural que o ser humano tem de entorpecer-se, em que desde os tempos mais remotos e antigos o homem busca pela "embriaguez da alma", visando escamotear determinados sentimentos e afetos, ao mesmo tempo em que aguça outros. Claro que os que visam qualquer tentativa de supressão de determinados afetos e sensações são sempre, inevitavelmente, aqueles que sinalizam algo da ordem do "mal-estar". Contudo, como podemos observar no caso de Verena, a tentativa de supressão sintomática por meio do tratamento medicamentoso implica um custo, um custo subjetivo propriamente dito, o qual seria o de assujeitar-se ao apaziguamento de suas sensações e afetos: *ficar completamente drogada e dopada*, excluindo-se do campo do outro como alteridade, como linguagem e como desejo (na medida em que ficar dopada implica um isolamento), e, por fim, subtraindo-a de si mesma, uma vez

que a ausência de sentimentos impede-a de experienciar suas próprias vivências internas cotidianas.

Com relação a esse efeito específico – uma certa "inércia subjetiva" produzida durante o uso de tranquilizantes/calmantes –, podemos perceber como tal condição torna o sujeito ainda mais passivo, além de não propiciar o mínimo de angústia, fato imprescindível para levarmos uma psicoterapia adiante. Não é à toa que, geralmente, enquanto os pacientes estão "acomodados" ao tratamento medicamentoso eles evitem ou sequer sintam necessidade de realizar uma psicoterapia.

> Mesmo não sendo uma prerrogativa das neurociências e da farmacologia [...], é imperativo ressaltar que, no caso da ideologia da depressão, o que se agrava é o esvaziamento do sujeito e manutenção de um estado no qual o homem perde a possibilidade de se contrapor e de buscar compreender com maior profundidade o seu mal-estar. (Bolguese, 2004, p.144)

Em suma, se por um lado os tranquilizantes e calmantes atenuam determinadas manifestações (sintomas específicos) de sofrimento psíquico, por outro, toda a riqueza simbólica do sintoma que pode e deve ser objeto de interpretação na psicoterapia esvai-se, e com ele também seguem toda a iniciativa, a capacidade crítica racional e a disposição para *insight* dos pacientes.

Na maior parte dos casos, o que nos fica evidente é que por meio da intervenção medicamentosa substituem-se determinados sintomas (no caso de Verena, a irritabilidade e as alterações de humor) por uma *ausência* de sensações. O que os próprios pacientes trazem a nós em sessão é algo da ordem de um esvaziamento dos afetos, não apenas os que se intentavam liquidar, mas também outros tantos comuns à existência humana.

Apresentamos a seguir mais quatro casos clínicos em que as insatisfações explícitas sobre os efeitos das medicações fazem-se presentes desde o início, no discurso que integra a "queixa inicial" das pacientes na busca pela psicoterapia.

Solange, 41 anos de idade, procurou a psicoterapia queixando-se de *sentimentos depressivos* e de *angústia* em decorrência de uma *perda*

afetiva. A paciente era casada há 23 anos e havia se separado há um ano em virtude de seu marido ter se apaixonado e ido embora com outro homem. A partir da separação a paciente começou a sentir *angústia intensa*, *impaciência*, *insônia* e *intolerância em ficar sozinha*. Nos momentos de angústia e quando permanecia só, pensava sempre no marido. Toda a situação, tal como Solange a apresenta, evidencia, em um primeiro momento, um *processo de luto* que se estende por sua falta de elaboração psíquica com relação à perda da pessoa amada. Em consultas a outras especialidades, foi-lhe receitado *Diazepan* e *Fluoxetina*. Solange usou a medicação durante um curto período de tempo, até que resolveu abandoná-la devido ao *medo de viciar* e também porque *acordava com tonturas*.

Solange permaneceu pouco tempo em atendimento, preferindo deixar de ir às sessões sem mesmo ter tido alta. Contudo, no período em que estava em psicoterapia foi-lhe possível apreender outros significados, antes inconscientes, com relação a sua resistência em admitir a perda de seu objeto de amor, o que envolvia uma elaboração singular do drama amoroso, levando em consideração que seu objeto rival (assim representado) não era outra mulher, tal como a própria paciente, mas sim um outro homem. Neste caso específico, o que nos chama a atenção com relação à problemática investigada é o exposto *medo de viciar* com relação aos remédios, o que, se viesse a ocorrer, representaria uma perda relativa de autonomia e independência da paciente com relação a si mesma.

Atentemos para o fato de que o *medo de viciar* representa, psicologicamente, uma recusa em assujeitar-se/anular-se por meio de medicações, fato que permitiu um requestionamento do próprio sofrer de outra ordem, capaz de formular-se como um enigma a ser endereçado a um outro, fator sem dúvida fundamental, no sentido de que pôde impulsionar a paciente a projetar sua busca de saber no campo da psicoterapia, ali onde lhe representava a certeza de um espaço (modalidade de serviço) em que se autoriza o advento da subjetividade e do sujeito, ao contrário do apaziguamento farmacológico.

Passemos agora para mais um caso clínico em que a representação acerca do tratamento medicamentoso remete a um possível

"mal-estar". Contudo, em virtude da inexistência de uma *demanda de análise* para além de uma *demanda de sentido* inicial, o abandono do atendimento caracterizou-se ainda nas sessões iniciais, não sendo possível à paciente obter ganhos terapêuticos significativos.

Paula, paciente de 24 anos de idade, buscou a psicoterapia devido ao encaminhamento da própria psiquiatra, e com relação a suas queixas iniciais, evidenciavam-se *sentimentos de nervosismo, alterações de humor, irritabilidade excessiva* e *sentimentos depressivos*. A paciente vivia cotidianamente em um ambiente familiar hostil e tenso devido às agressões físicas rotineiras que recebia do marido.

Com relação ao uso de medicamentos, Paula *usou calmante durante três meses, mas só sentia muito sono, e quando acordava, sentia-se pior*, de fato *mais nervosa*. Por fim, deixou de tomar os remédios por conta própria por julgar que lhe *estavam fazendo mal*. Paula só compareceu a mais duas sessões após a entrevista preliminar, caracterizando sua desistência do atendimento.

Em virtude de sua desistência precoce, o único fato que nos chama a atenção é a evidente insatisfação com relação ao tratamento medicamentoso, a representação de que possivelmente tais remédios faziam-lhe mal, porém a compreensão subjetiva acerca de tais representações foi impossível, dado seu abandono do atendimento psicoterápico.

De forma diferente trazemos o caso de Verônica, 47 anos de idade, que buscou a psicoterapia por sofrer de depressão. A paciente trazia que *a partir dos 36 anos de idade começaram os sentimentos de mal-estar. Eram sentimentos de tristeza sem motivo aparente, falta de ânimo para várias atividades, impaciência e fobia social*.

Há quatro anos a paciente fazia uso de *Bromazepan* e *Rivotril*, contudo evidenciava desde as entrevistas preliminares sua preocupação em poder parar de tomar os remédios. Verônica apresentava essa preocupação porque, apesar de estar fazendo uso das medicações, *sentia-se melhor*, porém, *não melhor totalmente*. E principalmente porque, *ao parar de tomar os remédios, retorna todo o mal-estar*.

Verônica permaneceu em atendimento durante apenas seis meses, contudo a paciente pôde ressignificar de forma importante várias recordações reprimidas com relação ao marido, especificamente as

humilhações que passava ao seu lado e principalmente as que a família dele lhe faziam, as quais *eram as que mais marcaram-na*. A suspensão do atendimento foi uma decisão tomada em comum acordo, levando em consideração as significativas melhoras que a paciente relatava estar obtendo em relação aos sentimentos que mais afligiam-na, como a *apatia* e a *tristeza*.

No caso de Verônica, o que podemos observar com relação ao tratamento medicamentoso não é uma queixa enfática, mas apenas certa insatisfação. Contudo, como a própria paciente trazia, esse foi um dos principais fatores que contribuíram para a busca pela psicoterapia. Esse fato corrobora nossa hipótese de que a insatisfação com o tratamento medicamentoso impede o sujeito de acomodar-se nas *soluções de compromisso* que, em alguns casos, podem se dar por meio do "apaziguamento subjetivo" com relação aos afetos aversivos, o que em última instância preserva uma quota mínima necessária de angústia e de agressividade (no sentido de atividade) para a aposta em uma proposta de intervenção psicoterápica.

Por meio da apresentação do caso a seguir, o último, ilustraremos, com base nos fragmentos clínicos, uma situação em que, diante da insatisfação de anos a fio apostando nas intervenções psicofarmacológicas, uma determinada paciente "depressiva" investe subjetivamente na psicoterapia durante aproximadamente dois anos e, dessa forma, tem condições de requestionar toda a delimitação e restrição que a categoria patológica da "depressão" infligiu-lhe desde que foi assim identificada.

Trata-se de Elza, uma paciente de 39 anos que ao procurar a psicoterapia evidencia em suas queixas iniciais que sofre de *depressão há 18 anos*, cujo quadro constitui-se de *intensas crises de pânico e angústia, fobia de sair de casa sozinha e em certa forma uma fobia social* (angústia de permanecer no meio de outras pessoas). No decorrer das "entrevistas preliminares", pudemos ter uma visão mais geral de seus sintomas manifestos, os quais, segundo suas próprias queixas, indicavam: *sentimentos de medo e morte eminente; aversão em estar no meio de outras pessoas, sentindo-se incomodada em pensar que todos estão observando e criticando-a, ao passo que diante de situações como essa fica nervosa e*

começa a transpirar, apresentando dificuldades respiratórias e sentindo por vezes calafrios e formigamentos pelo corpo. Às vezes, em momentos em que está tudo bem em sua vida, toma-se envolta por um sentimento de perda, como se não fosse permitido estar tudo bem. Esses sintomas manifestos justificariam seu isolamento social, sua apatia e a ausência de desejo de outras atividades que não fossem a de permanecer quase a totalidade do tempo em casa, enfim, sua performance depressiva.

Durante esses 18 anos, a partir da época em que foi-lhe dado o diagnóstico de depressão, Elza sempre esteve sob intervenção medicamentosa, ainda que a combinação de medicamentos tenha sido alterada com frequência.

Com relação à questão do diagnóstico especificamente, Elza nunca sequer pôde questionar sobre essa definição quanto aos seus sofrimentos, afinal, como todo paciente, é natural que ao receber um nome que identifique seus pesares, o sentimento imediato seja o de alívio, pois, contrariando o senso comum, eles então não "estão loucos" nem sofrem por "coisas que são de sua cabeça", mas sim são também vítimas da tão famigerada "depressão" em nossa atualidade.

O que torna Elza uma exceção entre a grande maioria dos casos é que se trata de uma paciente que se entregou abertamente à psicoterapia durante dois anos. Sendo assim, paulatinamente ela pôde ir descobrindo que seu "mal-estar" ou sua "depressão" (autenticada pelo saber médico-psiquiátrico) apresentava muitas facetas simbólicas/subjetivas constituídas com base em sua singular história de vida, e que não era simplesmente um mal que a abateu a partir de determinada época e que seria fruto de disfunções neuro-químicas.

Com o avanço da psicoterapia, a própria paciente foi requestionando suas certezas sobre suas dificuldades, podendo passar de uma identificação com o rótulo do diagnóstico para uma postura existencial na qual faziam-lhe mais sentido seus *insights* produzidos em sessão acerca de seu próprio sofrer, o que resultou em uma nova ótica e em um novo posicionamento subjetivo acerca de seu diagnóstico. Isto tornou-se claro por meio de seus comentários espontâneos durante as sessões, os quais indicavam para o sentido de que ela (Elza) *tinha os seus momentos para baixo, sim, e na maioria das vezes quisesse ficar sozinha. Porém, neste últi-*

mo ano, especificamente, muitas coisas haviam acontecido que contribuíram para tais sentimentos. Diante disso, quem não ficaria abalado?

Seu posicionamento ante o "destino de ser depressiva" altera-se significativamente, construindo elaborações de novos sentidos que apontavam para uma situação em que: *atualmente encontrava-se bem melhor, não se achava mais tão louca assim.* Quanto ao diagnóstico, este operando como discurso do outro (o significante que mata a coisa), temos por meio de seu discurso que *na época (há dezoito anos), disseram-lhe que tinha depressão, porque tudo que ela sentia e falava ao médico não eram coisas físicas. Diziam-lhe que não tinha nada, que era frescura, falta do que fazer e, por fim, disseram-lhe que era depressão.*

Podemos observar, de forma ilustrativa, por meio do caso de Elza, que na medida em que a paciente evolui durante a psicoterapia, sua compreensão sobre seu sofrer e sobre seu diagnóstico de depressão recebido outrora altera-se significativamente. É por meio desse processo, característico de uma psicoterapia psicanalítica, que podemos conduzir nossos pacientes em direção a uma compreensão interna sobre seu "mal-estar", em contraposição a um discurso/significante que encobre e anula o sujeito. Com o decorrer do processo psicoterápico, Elza tem a possibilidade de ir subjetivando outras determinações para seu sofrer, o que lhe evidencia que, de fato, seu diagnóstico é insuficiente para explicar seus sintomas e que ainda só faz por restringir sua totalidade existencial, esta somente apreensível por meio da escuta analítica direcionada à tarefa de *recordar, repetir e elaborar* (Freud, 1915 [1914]; 1996, v.12) sua história individual.

Com relação à questão medicamentosa, trazemos que no decorrer do último ano que antecedeu sua procura pela psicoterapia, Elza tomava *Fluoxetina* duas vezes ao dia, mas em outras épocas de sua vida já havia feito uso de *Anafranil* e *Citalopran*. Em linhas gerais, ao comentar sobre suas experiências com os medicamentos, Elza informava que *aos 25 anos iniciou um tratamento medicamentoso contínuo* (que durou seis meses), em que *sentia-se dopada, vegetando, sentia que os remédios lhe faziam mal*. Por um lado, *não tinha mais medo nem pânico*, por outro, sentia que *não vivia, vegetava*. Até o dia em que *esqueceu a própria filha na escola e então decidiu suspender as medicações*.

Este caso de Elza é riquíssimo por tratar-se de uma paciente que, como mencionado anteriormente, dedicou-se à psicoterapia durante aproximadamente dois anos, fato que nos possibilita cotejar sua visão atual sobre seu "mal-estar" em contraposição às épocas em que todas suas apostas de melhora focavam-se exclusivamente nos remédios.

Em algumas sessões nas quais a paciente, à guisa de recordação e autoavaliação, pôde relembrar e comparar sua condição psicológica atual a épocas anteriores, Elza nos remete a uma curiosa situação. São fragmentos que ocorreram em um momento em que a paciente encontrava-se ininterruptamente em psicoterapia e há oito meses sem uso de qualquer medicação.

Elza informava que estava *sendo difícil* ficar sem os remédios, pois observava-se *mais sensível e sentindo tudo à flor da pele*. Talvez por isso ultimamente demonstrava-se por vezes *sem paciência*. Por outro lado, *sem os remédios, sabia que era ela mesma quem vivia as coisas, os problemas.* Já com eles (os remédios), sabia que eles a *acalmavam, mas era como se não fosse ela quem vivesse tudo,* afinal, sabia que *os remédios não iriam resolver os problemas por ela*.

Ainda sobre a dificuldade de manter-se em abstinência dos efeitos e controles medicamentosos, Elza comparava e trazia para a sessão que, *se isso fosse nos anos mais deprimidos de sua vida, ela provavelmente se doparia durante uma semana para não sentir nada disso* (manifestações de "mal-estar"). Apesar da dificuldade, Elza ponderava que *estava saindo-se bem,* afinal, em outras épocas ela *poupava-se de sentir todas as coisas, trancava-se no quarto e entupia-se de remédios.*

De acordo com a evolução clínica, porém com muito ainda a ser trabalhado, a paciente conseguiu um emprego, a respeito do qual ela própria dizia ser apenas um "bico", demonstrando estar muito satisfeita, levando em consideração que isto representava a ela uma vitória com relação ao seu isolamento social vigente até então. A própria paciente decidiu interromper a psicoterapia após quase dois anos de atendimento.

É surpreendente, nesse caso específico, como a paciente, por meio da psicoterapia, pôde reverter toda a lógica vigente da medicalização da depressão na atualidade, em um momento em que, por conta da

valorização de sua história de vida, proporcionada pela própria psicoterapia e por *insights* sobre suas próprias questões, a paciente pôde, de fato, conscientizar-se sobre a "funcionalidade" dos remédios para a "cura" de seu sofrimento. É como se, aos poucos, pudéssemos observar na paciente todo um redescobrimento interno, na medida em que suas vivências sem a supressão afetiva, ainda que fossem difíceis em determinadas situações, revelavam-lhe verdadeiras sensações que a remeteriam à representação de *estar viva* novamente.

De maneira geral, podemos perceber, por meio das reminiscências clínicas, que em todos os casos apresentados a insatisfação com relação à medicalização se faz evidente. É interessante observarmos que as próprias representações dos pacientes apontam para uma possível ambivalência de sentimentos em relação ao próprio tratamento medicamentoso, uma ambivalência no sentido de que o sujeito goza dos efeitos apaziguadores daquele, porém o "mal-estar" que insiste em fazer-se reconhecer resulta em uma sensação incômoda e insatisfatória. De alguma forma, o recalcado que sustenta o "mal-estar" faz-se por reconhecer mesmo sob efeito de poderosas drogas.

Com relação ao efeito das medicações, Kammerer & Wartel (1989, p.39) consideram:

> [...] um agente farmacológico pode, ao atingir esses circuitos, modificar, e mesmo suprimir o vivido psíquico que os implicou. Opera-se portanto uma *dissolução* do substrato neurobiológico desse vivido, mas nada fica *resolvido* no plano psíquico onde ele tem sua origem. Esta ação organodinâmica fica muito limitada em sua qualidade: na ocorrência, ela é apenas da ordem da inibição ou extinção de uma dada atividade neuronal, e nada tem de comparável à finura e riqueza qualitativa do vivido psíquico.

É graças às dimensões do psíquico, a saber, seus registros real, simbólico e imaginário, que o "mal-estar" tende a manifestar-se, ainda que transmutado em suas expressões iniciais devido ao apaziguamento causado pelas medicações. É essa via que possibilita aos sujeitos demandar um saber outro sobre seu "mal-estar", e nesse sentido, o que é da ordem do indesejado, em um primeiro momento, pode constituir o

mínimo necessário de *sofrer* e *angústia* para uma possível psicoterapia norteada pelo referencial da psicanálise.

Em uma atualidade em que o sofrer é evitado a todo custo, negligenciado enquanto sintoma da singularidade do sujeito e, em última instância, literalmente calado, é imprescindível que aquilo que é indomável no ser humano se esforce por sempre (re)aparecer, dando vistas a tudo o que nos torna humanos, demasiadamente humanos.

É somente por meio dessas aberturas e brechas, em que o "mal-estar" manifesta-se nos intervalos do apaziguamento artificial, que se torna possível, sempre por meio da dúvida que o desconforto implanta, que o sujeito pode reconsiderar suas "certezas" sobre seu sofrer.

No âmago da dúvida disparada pelo sentimento de "mal-estar" que se insiste presente, mesmo sob efeitos medicamentosos, encontra-se a primeira tarefa de escolha do sujeito, encruzilhada ante os distintos campos de saberes sobre o "mal-estar" na atualidade: abdicar-se das identificações aos "rótulos e receitas", o que implica um desejo outro que não o da alienação de si mesmo.

Das vicissitudes da alienação às possibilidades do sujeito

Como pudemos observar, em linhas gerais, por meio dos *fragmentos* clínicos apresentados, um fator significativo e relevante por parte dos pacientes na busca por atendimentos psicoterápicos diz respeito à insistência presencial do "mal-estar", ainda que aqueles estejam "devidamente" medicados e orientados profissionalmente. Optamos por considerar essa evidência como uma veemente perpetuação do "mal-estar" e lembramos que esta apresentou-se como condição básica para uma aposta na modalidade psicoterápica por parte dos sujeitos. Porém, isto se deu na história desses pacientes específicos, não significando que somente aqueles que se veem sob tal perpetuação são capazes de conciliar um tratamento psicoterápico com o medicamentoso. Ao contrário, a experiência profissional nos aponta que diversos são os pacientes que conciliam a psicoterapia com o uso de

psicofármacos, ainda que estes demonstrem vantagens satisfatórias. Contudo, notamos também que na maioria das vezes em que o paciente obtém ganhos satisfatórios por meio da vida medicalizada, sua disposição para o trabalho psicoterapêutico esvai-se (como mencionamos anteriormente), pois o silenciar dos afetos suprime eficazmente tudo aquilo que poderia descentralizar o sujeito e colocá-lo em questão. Geralmente os pacientes medicados eficazmente, ainda que venham à psicoterapia, demonstram um certo "esvaziamento subjetivo", na medida em que uma *demanda de análise* inexiste e não se formula mesmo com as intervenções preliminares. Isto, somado à ausência de sofrimento aparente (sintomas), sinaliza-lhes o trabalho psicoterápico como algo que não faz muito sentido.

Por fim, consideramos desde o início que os casos selecionados poderiam nos fornecer dados mais relevantes qualitativamente (em contraposição aos demais) acerca da busca pela compreensão da depressão como "mal-estar" contemporâneo, levando em consideração que tais dados apontavam para uma ruptura com a "verdade" consensual vigente de que "hoje em dia existe remédio para tudo" e, consequentemente, solução.

Consideramos também significativo o fato de essa perpetuação do "mal-estar" apresentar-se, nesses casos, como condição primeira de possibilidade para o movimento dessas subjetividades em direção a uma modalidade outra de atendimento, na qual o sujeito enquanto singularidade subjetiva possa desdobrar-se, endereçando ao outro, nas sessões de psicoterapia psicanalítica, aquilo que o diagnóstico e a sedação medicamentosa fizeram-lhe calar.

Compreendemos, no decorrer do trabalho, a *(ex)-sistência* do sujeito depressivo como uma condição subjetiva correspondente a um processo de *alienação*. Esta se daria pelo viés do diagnóstico e pelas intervenções medicamentosas que, tal como demonstrado por meio dos *fragmentos clínicos,* transmutam uma determinada configuração sintomática perpetuando a presença de um "mal-estar" diferente do sofrimento psíquico inicial, seja este potencializado pelos efeitos medicamentosos, seja promovendo um evidente apaziguamento dos afetos e vivências psíquicas. Obviamente, a constatação de que tais sentimentos produ-

zidos pelas intervenções medicamentosas configuram uma perpetuação de condições de "mal-estar" embasa-se nas representações simbólicas forjadas pelos próprios pacientes acerca da questão.

Em suma, *sentir moleza e nada mais; sentir-se melhor, porém não completamente; medo de viciar; desejar permanecer dopada e mais nada; sentir-se como se estivesse vegetando e como se não vivesse,* enfim, fragmentos como estes, dentre outros apresentados, apontam evidentemente para representações subjetivas, ordenadas por significantes-mestres que definem o sujeito levando em consideração como este não só vivencia tal "regulação psíquica" (experimenta-a inclusive fisicamente), mas, sobretudo, como simboliza e atribui significados a tal condição. A (ex)-sistência dos sujeitos refere-se, então, ao assujeitamento das subjetividades ante o significante outro (diagnóstico de depressão) e ao remanejamento pulsional a que se prestam as intervenções medicamentosas.

Com relação à identificação do sujeito com o diagnóstico que o define, convém esclarecermos algumas das vicissitudes de tal processo alienatório considerando que em nossa atualidade vigora um casamento perfeito entre a exacerbada oferta farmacológica, de um lado, e o desejo de apaziguamento pulsional, de outro. Ou seja, se por um lado temos esse discurso social vigente representado pelo outro social que assujeita as subjetividades por meio da identificação de uma determinada condição como necessariamente patológica e pelos efeitos da maquinaria medicamentosa, por outro lado temos, da parte dos sujeitos, o *desejo de autoalienação*.

> A alienação exige o encontro do sujeito com um outro sujeito que deseja se alienar. Mais exatamente, com um desejo de alienar que deve poder encontrar na **cena social** um outro sujeito cujo pensamento e ação **induziram** a alienação numa parte ou na totalidade de seus semelhantes. (Aulagnier, 1985, p.35 – grifos do autor)

Vale lembrar que a seleção dos casos clínicos apresentados baseou-se essencialmente naqueles em que o próprio indivíduo definia-se como depressivo, seja esse diagnóstico fornecido pelo outro da relação

médico-paciente, seja por uma identificação ao discurso social vigente, seja ainda por uma identificação retroativa baseada na certeza subjetivada sobre sua condição, tendo em vista as prescrições medicamentosas que recebeu em determinado momento.

Consideramos acertadamente tais vicissitudes da alienação, pois, tal como nos ilustra Aulagnier (1985), o desejo de autoalienação busca um outro que represente um potencial tal saber que possa atravessá-lo e defini-lo. Porém, é interessante a menção feita pela autora com relação à *cena social*. Ou seja, não basta ser um outro qualquer, mas, necessariamente, um outro reconhecido como *Sujeito Suposto Saber* por uma coletividade propriamente dita, na medida em que o conjunto de subjetividades identificadas reforça a idealização desse outro como detentor de todo o saber que escapa ao próprio sujeito. Lembrando ainda que esse outro dessa *relação assimétrica* (idem) também traz em si o desejo de alienar-se, na medida em que acredita possuir tal saber idealizado pela *demanda* e pela *transferência passional* do sujeito (paciente). Isto mantém estreita relação com a nossa problemática investigada, levando em consideração que nos alçamos a compreender a (ex)-sistência do sujeito depressivo em meio às ações, práticas, políticas e modos sistematizados de atendimento e tratamento em saúde pública no que concerne a essa questão.

Percebemos então que o processo alienatório das subjetividades – considerando especificamente os pacientes atendidos por nosso trabalho clínico em uma rede básica de saúde – necessariamente constitui-se pelo viés da identificação com o saber biomédico, sendo também potencializado pela identificação com seus pares, ou seja, outros pacientes também identificados com as mesmas prerrogativas terapêuticas. Foi nesse sentido que mencionamos anteriormente que a alienação configurada por meio da identificação diagnóstica traria uma relativa "tranquilidade" aos sujeitos, uma vez que, por intermédio dessas diretrizes, o indivíduo é identificado a uma determinada coletividade, sendo-lhe confortante a ideia de que não padece de um "mal" singular que corresponderia apenas a si próprio.

Tal identificação, que, como podemos perceber, retira as dimensões de singularidade do sujeito, automaticamente liquida qualquer

possibilidade de incerteza sobre sua própria condição, uma vez que, por meio do discurso do outro, pôde encontrar uma verdade "comum a todos", uma verdade compartilhada por todos que vivenciam tais problemáticas, e assim obtura-se toda e qualquer dimensão de conflito inerente ao sujeito.

O processo de alienação implica a crença cega sob tal verdade diagnosticada, o que exime o sujeito de questionar suas certezas e tudo aquilo que o define e o identifica, ainda que seja como *mais um depressivo em uma sociedade e em um mundo depressivo*. A esse respeito, Aulagnier (1985, p.24) comenta sobre a "certeza do pensamento" presente no processo de alienação:

> Este deslocamento, este indefinidamente deferido traz consigo a promessa de realização de um prazer, mas também de uma aspiração particular que sustenta o conjunto do movimento do pensamento: poder encontrar uma certeza quanto à conformidade presente entre o pensamento e a coisa. Certeza do pensamento que traria uma certeza identificatória e que realizaria um desejo permanentemente presente na atividade do pensamento: possuir uma verdade que calaria todo o questionamento tornando, assim, desnecessária sua busca.

Observemos então como, já desde uma formulação diagnóstica, passando pela sua confirmação autenticada na identificação de seus pares, o que se caracteriza desde o princípio é a busca da acomodação do pensamento, a fim de estagnar o movimento incessantemente faltante do *simbólico* sobre o *real*. O desejo de alienar-se apodera-se vorazmente de tudo aquilo que pode, em potencial, dessingularizar o sujeito, ou, em outros termos, algo capaz de representá-lo e identificá-lo a outros, excluindo tanto quanto possível os indícios de alteridade(s), inclusive a particularidade de seus sintomas, o que torna desnecessária qualquer busca de construção de sentido. Em última instância, essa "acomodação subjetiva" e a "contenção pulsional" a que tal identificação alienante conduz abrem caminho para a anulação do movimento desejante no sujeito, e desejo é vida!

Considerando a perpetuação do "mal-estar", constituída desde a formulação diagnóstica, mas principalmente eclodindo por meio da

reestruturação sintomática devido às alterações físicas promovidas pelas químicas, podemos entender que as *sensações aversivas* produzidas correspondem ao reflexo de uma violência atuante sobre o circuito pulsional inerente ao sujeito. Essa violência, por sua vez, caracteriza-se pelos remanejamentos entre tipos e doses de diferentes medicações que visam ora "animar" o "depressivo", ora apaziguar sua angústia inquietante.

Será por meio dessa lógica que nos poderia ser possível compreender a perpetuação do "mal-estar" como manifestação subjetiva marcadamente depressiva na atualidade?

Nossa cautela nos priva de reconhecermos cegamente tal afirmação, antes retomamos algumas questões pendentes necessárias à compreensão do processo de alienação.

Seguindo no pensamento de Aulagnier (idem), percebemos que tal processo não pressupõe, necessariamente, uma patologia preexistente, mas, ao contrário, de acordo com seu estudo sobre a questão, podemos concluir que qualquer sujeito está estruturalmente vulnerável à possibilidade de alienar-se por meio de um discurso outro, conforme as peculiaridades de determinada situação e/ou relação estabelecida com este. Isto se deve, evidentemente, a um processo potencializado de *identificação* somado ao fato de que esse outro apresenta-se como desejo e como linguagem, e isso desde os períodos mais primitivos, pois a *alienação* é condição *sine qua non* para a estruturação psíquica do sujeito.

> A particularidade do Eu se encontra no fato de que, no início, ele foi efetivamente a ideia, o nome, o pensamento falados pelo discurso de um outro: sombra falada, projetada pelo porta-voz sobre uma psique [...] Enunciados que vêm do exterior e dos quais a voz da criança se apropria inicialmente através da repetição. O Eu começa por investir nos pensamentos "identificantes" pelos quais o porta-voz o pensa e graças aos quais ele lhe transmite seu amor. Uma vez efetuado este investimento, vai poder ocupar o lugar de **enunciante** destes mesmos pensamentos. A partir deste momento, retornam a sua própria escuta como enunciados dos quais é o agente e pelos quais se impõe a sua própria atividade de pensar enquanto existente. Estes pensamentos retornam ao enunciante sob a forma de um identificado no qual o enunciante reencontra o suporte necessário a seu autoinvestimento. (idem, p. 21 – grifo do autor)

Notemos que, basicamente, a estruturação do psiquismo, bem como a possibilidade de surgimento de um sujeito – o que em última instância funda a subjetividade propriamente dita –, depende necessariamente, desde o início, do encontro do ser com o outro, e este como desejo e como linguagem. O atravessamento do ser pelo *simbólico* da linguagem sendo *significado* pelo grande outro é o que o constitui, a partir de então, um ser *representado* pelos símbolos/significantes, processo esse batizado por Lacan (1961; 1992) como *alienação,* subentendendo uma *(ex)-sistência,* graças ao qual se torna possível aquilo que Freud (1923; 1996) definiu como *recalque originário,* processo básico estruturante do psiquismo devido à divisão consciente-inconsciente.

Uma vez constituída a *clivagem* originária, fazendo do ser um sujeito dividido, este somente poderá constituir o que aprendemos a identificar como sendo o *Eu* a partir de sua identificação com as representações que o outro fornece-lhe e que o definem. Uma vez internalizadas as definições que o outro atribui-lhe, o sujeito segue forjando sua possível identidade por meio do ajuntamento simbólico dos pequenos "cacos" dispersos de significantes que o representam, sendo ele próprio o enunciante, por fim, de tudo aquilo a que foi anteriormente enunciado, idealizado e identificado. Em suma, a constituição de um Eu possível só se dá passando e sendo atravessado por um outro.

Do mesmo modo que o processo de identificação subentende a internalização de um discurso que torna possível definirmo-nos a partir de um "como se" metafórico e simbólico, os nomes (significantes) estruturantes da subjetividade definem o sujeito ante a impossibilidade de simbolização plena do real, ou, como Freud (1915; 1996, v.14), em *Os instintos e suas vicissitudes,* evidenciou, ante a impossibilidade de representação das pulsões em sua totalidade. Diante do "furo no psiquismo" em torno do qual se organiza o circuito pulsional e o registro simbólico, as identificações são passíveis de "deslizar" tal como em um processo metonímico (deslocamento) indicando a falta de objeto representante que poderia definir o sujeito ou identificar o Eu definitivamente. Dessa forma, qualquer processo de *simbolização* diz respeito, sempre, a um incessante movimento de subjetivação no qual as representações só obtêm seus sentidos se relacionadas às outras

que a antecederam e às que virão sucedê-la, tal como é demonstrado em nosso exemplo musical.

> Algo é o nome do homem, Coisa é o nome do homem; Homem é o nome do cara, Isso é o nome da coisa; Cara é o nome do rosto, Fome é o nome do moço; Homem é o nome do troço, Osso é o nome do fóssil; Corpo é o nome do morto, Homem é o nome do outro; Algo é o nome do homem... é o nome do nome do nome do nome do nome. (Arnaldo Antunes, 1993)

A canção, em que o compositor brinca com o movimento sempre inesgotável de definições de uma coisa a outra, demonstra de forma poética e musicada, por meio de sua percepção genial, aquilo que a psicanálise compreende como a impossibilidade de o *simbólico* cobrir o *real* ou, em outras palavras, de que o sujeito passe de representação a representação sem nunca se definir satisfatoriamente. Contudo, essa (in) definição posta em movimento – pelo fato de sempre escapar a ela própria a possibilidade de captura total acerca do que poderia definir o próprio sujeito, bem como tudo que este vivencia e subjetiva – é o que constitui a possibilidade de o ser humano *simbolizar* sua existência, atribuindo-lhe sentidos que dizem respeito a sua estruturação singular.

> O discurso e a significação são também a entrada na cena psíquica, de um "mundo-falado" e de uma "representação falada-pensada do mundo" que se tornam representação e mundo nos quais toda certeza pode se transformar em dúvida: neste registro, a passagem de uma palavra a outra, e o jogo de uma significação atual em relação àquela que a precedeu e àquela que a sucederá não está jamais concluído. (Aulagnier, 1985, p.19)

Diante disso, consideramos o *objeto perdido* (Freud, 1915; 1996, v.14) ou a *falta* (Lacan, 1958 [1957]; 1999) em que se assenta a tentativa de busca eterna de um (re)encontro para com aquele como condição primeira de possibilidade para qualquer atividade de subjetivação. Em suma, o *registro de perda primordial* é a possibilidade para a existência de uma subjetividade, na medida em que esta forja-se como representação simbólica das exigências pulsionais que evidenciam a incompletude do ser.

Isto nos conduz à conclusão de que aquilo que diferencia o movimento incessante de representação a representação, constitutivo da tarefa de *simbolização* de si mesmo, e de afetos e sensações, do estado de alienação, é que neste último a identificação com tal representação define o sujeito de tal forma a impedir o desenrolar progressivo das simbolizações acerca de si. Ou seja, a *alienação subjetiva* constitui-se na medida em que, por meio da *relação assimétrica* estabelecida com o outro, o sujeito, ao se identificar com aquilo que o define, esgota sua busca simbólica permanente, implicando uma "passividade" com relação a si mesmo e ao mundo que o cerca.

Se a alienação implica um impedimento do movimento simbólico necessário às possibilidades de subjetivação, quanto isto poderia demonstrar-se nocivo às subjetividades de uma forma geral e aos ditos "depressivos" especificamente?

> Este discurso desempenha o mesmo papel que desempenha na psicose a interpretação fantasmática da realidade encontrada. Ele veicula a mesma força e a mesma certeza, o mesmo caráter de não questionável. É a forma extrema da idealização do saber atribuído à força alienante. O sujeito não substitui a realidade nem sua fantasia, nem uma reconstrução delirante, mas o discurso mantido por um outro. A realidade é tal qual este outro a define, e o sujeito se conforma à definição que este outro dá. (Aulagnier, 1985, p.40 – grifos do autor)

Como nosso trabalho não pretende esgotar questões nem tampouco produzir verdades incontestáveis acerca do tema pesquisado, mas sim pôr em movimento dúvidas e reflexões com relação à problemática, seguindo o curso do pensamento aqui desenvolvido, outra questão coloca-se: sendo a alienação em seu resultado último um "conformismo subjetivo" do sujeito com relação "à definição que esse outro dá", em que medida podemos considerar a depressão como sendo potencializada e/ou perpetuada por meio do diagnóstico que atesta tal condição identificada como causa ao próprio sujeito?

Lembrando que, se os "depressivos", na atualidade, caracterizam-se especificamente pela "inércia" aparente e um "esvaziamento

simbólico" que suscita a ideia de inatividade psíquica, imobilidade desejante e, por fim, físico-motora, seria a *medicalização* – no seu sentido amplo (diagnóstico e medicação) – um dispositivo que resulta na superação ou, em determinados casos, em uma perpetuação desse exato estado subjetivo?

É imperativo recordarmos uma vez mais que a possibilidade de resolução de conflito para o sujeito psíquico assenta-se na subjetivação de suas causas, o que implica uma capacidade de simbolização/representação e não meramente uma supressão e/ou remoção de sintomas. Trata-se, em última instância, de uma questão de *movimento*! Mas não o movimento do corpo, em um primeiro momento, tal como os antidepressivos ajudariam a "animar", mas sim do sujeito psíquico propriamente dito. Os movimentos possíveis dizem respeito ao deslocamento de representações e significações e aos *destinos das pulsões* (Freud, 1915; 1996, v.14) no seu sentido mais radical.

> A força alienante tanto quanto o objeto investido passionalmente têm a estranha propriedade de satisfazer conjuntamente os objetivos de Eros e de Tanatos, tornando assim possível uma temporária – e sempre precária – implicação pulsional que impõe silêncio ao conflito do mesmo nome e ao conflito identificatório. (Aulagnier, 1985, p.13)

Aqui encontramos o ponto nodal de nossa problemática investigada: onde se evidencia a alienação como um "silenciar subjetivo" conquistado por meio da satisfação conjunta das *pulsões de vida e pulsões de morte* (Freud, 1920; 1998).

Em suma, sem pouparmos palavras, a *alienação subjetiva* tal como a compreendemos no presente estudo, ou seja, fenômeno psicológico constituído numa relação transferencial *assimétrica* médico-paciente, numa circunstância em que o diagnóstico e as prescrições medicamentosas autenticam como causa do sofrer do sujeito a depressão, temos um apaziguamento ou adestramento subjetivo em todos os sentidos: tanto *simbólico* quanto *pulsional*.

Seguindo Aulagnier (1985), esse "silêncio ao conflito identificatório" se daria em virtude da identificação do sujeito ao discurso

do outro, o que em nosso caso específico identificamos como sendo o diagnóstico, que define o sujeito envolvendo nessa identificação a construção de uma "certeza de pensamento" que cessa seu movimento de simbolização (registro simbólico) sobre si mesmo. No entanto, como a própria autora ressalta, o silêncio imposto ao conflito identificatório estende-se também ao conflito pulsional (vida e morte) na medida em que a identificação passional/alienante promove a estranha capacidade de satisfazer conjuntamente os objetivos de Eros e de Tanatos. Retomando Freud (1926 [1925]; 1996) no momento chave deste desenvolvimento teórico, lembramos que as "soluções de compromisso", que ocorrem em qualquer formação de sintomas, dizem respeito essencialmente ao "compromisso" psíquico entre as diferentes exigências e tendências opostas das instâncias psíquicas – o *Ego*, o *Id* e o *Superego* – na medida em que tal sintoma, enquanto *retorno do recalcado* (idem, 1915; 1996, v.14), depende necessariamente para a formação dessa "solução", para que possa ceder em parte às exigências de *repressão* ao mesmo tempo em que se torne manifesto. Ou seja, em última instância, Freud, ao falar das "soluções de compromisso" inerentes à formação dos sintomas, indica indiretamente que tal "pacto" envolve a também estranha propriedade de satisfação conjunta das pulsões de vida e de morte.

Articulando uma vez mais tais apontamentos teóricos com relação à problemática investigada em nosso estudo, a saber, a *medicalização da depressão* na atualidade, arriscaríamos dizer que tal *silêncio pulsional* é (como pudemos observar nos *fragmentos de reminiscências clínicas*) incisivamente potencializado pelas intervenções medicamentosas, na medida em que estas objetivam regular o humor dos deprimidos e cessar seus sintomas manifestos. Em suma, trata-se de uma perpetuação do "mal-estar", *configurando-o como depressão* desde sua validação por meio do diagnóstico até a regulação do circuito pulsional viabilizado pela intervenção farmacológica.

Convêm explicitarmos que ao tecermos tais constatações, não o fazemos movidos pelo desejo de eleger as psicoterapias psicanalíticas como as únicas capazes de solucionar tais problemáticas, longe disso. Mesmo porque, como é consenso entre os que fazem a clínica psicológi-

ca nas redes básicas de saúde, o índice de desistência dos atendimentos é sempre elevado, sendo que uma minoria dos pacientes conclui o processo terapêutico. Os próprios casos apresentados em nosso trabalho por meio dos *fragmentos de reminiscências clínicas* nos revelaram que a maioria dos pacientes desistiu dos atendimentos. Contudo, nosso interesse maior foi refletir sobre o entrecruzamento das práticas e saberes sobre a depressão na atualidade e, em especial, a repercussão clínica de tais fatores do ponto de vista do referencial teórico da psicanálise. Lembrando também que operar e veicular o discurso analítico, em nossa atualidade relegada de infinitos subterfúgios técnico-científicos, é sempre uma aposta arriscada, porém via singular para a produção de sentidos para o sujeito psíquico.

> [...] é interessante observar que, superando os falsos embates, cabe aos psicanalistas a defesa de seu método, não só pela tolerância das agruras da clínica, do difícil embate do discurso repetitivo e tedioso (característico principalmente do sujeito deprimido), mas por ele possibilitar ao sujeito a desalienação subjetiva. (Bolguese, 2004, p.91-2)

Consideramos essa desalienação apontada por Bolguese (idem) tanto com relação à (des)identificação com o rótulo diagnóstico que define o sujeito quanto pelos ganhos terapêuticos, de uma forma geral, que possibilitam o abandono progressivo do uso frequente e cotidiano dos remédios psicotrópicos. Em suma, trata-se de uma aposta na riqueza da própria subjetividade.

Finalmente, restam-nos algumas articulações necessárias para podermos pôr em *movimento* reflexões que relativizam a problemática investigada de acordo com a encruzilhada de terapêuticas vigentes com relação à depressão na atualidade.

Notemos atentamente que em momento algum nosso posicionamento revelou-se de forma radical e "fundamentalista" contra a psicofarmacologia. Décadas de desenvolvimento tecnológico no sentido de um aprimoramento de substâncias medicamentosas auxiliaram, e muito, nas possibilidades de amenizar o sofrimento psíquico das individualidades, como, por exemplo, nas psicoses, as quais, sem a

intervenção medicamentosa, fariam da vida desses sujeitos algo ainda mais instável e desestruturante. Durante o longo percurso desta pesquisa, intentamos, antes de tudo, por meio de um olhar curioso e cuidadoso, identificar os variados fatores de naturezas sociais, culturais, políticas, ideológicas e inclusive terapêuticas presentes em nossa atualidade e que no âmago de seus entrecruzamentos de certa forma contribuem para uma perpetuação das condições de "mal-estar" na contemporaneidade, elegendo como expoente maior a depressão. Assim, nossas conclusões nos conduzem não a uma crítica cega e ingênua com relação às medicações em si, mas versam sobre a ambiguidade nociva do manejo de tais drogas na atualidade.

Com relação aos discursos sociais acerca das possibilidades de "felicidade" e sofrimento para os seres humanos em nossa atualidade pós-moderna, é inegável a presença implícita, ou muitas vezes explícita, da mensagem de que não necessariamente devemos mais sofrer. Vivenciamos, em nosso cotidiano, uma intolerância ideológica com relação ao *sofrimento* na medida em que este passa a ser inadmissível em pleno século XXI, período repleto das mais avançadas tecnologias, inclusive medicamentosas. A ideologia que retira do ser humano a possibilidade e a habilidade para o sofrer reforça e é reforçada pela extrema banalização da prescrição de psicofármacos indicados para o tratamento dos mais variados sentimentos que desde sempre constituíram e caracterizaram o animal humano.

Trata-se de uma mudança significativa de objetivos viabilizados por meio da medicalização excessiva. No lugar de apenas restabelecer uma condição psicológica considerada fora do padrão aceito e tolerado socialmente (o que já é altamente questionável), tal banalização dos tratamentos em saúde mental, norteados pelos paradigmas biomédicos, visam, na atualidade, verdadeiramente refinar e aprimorar determinadas sensações. Não basta apenas não sofrer e, principalmente, não demonstrar tal condição, mas deve-se estar sempre "feliz", "animado", disposto, ativo, competitivo, "descolado", atendendo às expectativas sociais de todas as ordens no seu tempo atual. Desta forma, qualquer manifestação de sofrimento deve ser impiedosamente silenciada, seja ele fruto de condições específicas de existência ou consequência de situações adversas da

vida humana, restando às individualidades a obrigação de demonstrar um semblante de "equilíbrio" e "bem-estar" inquestionáveis.

Em linhas gerais, pudemos compreender como a intolerância ao sofrimento – implícita nas práticas terapêuticas para a depressão na atualidade – acaba por assujeitar as individualidades, engendrando um verdadeiro adestramento das subjetividades. É em relação a essa hipótese que consideramos como alternativa para saídas possíveis do "mal-estar" (seja a depressão, sejam tantas outras formas de sofrimento psíquico) tudo aquilo que "autorize" a expressão da subjetividade individualmente, socialmente e culturalmente.

Como demonstramos, os processos de subjetivação capazes de prover o sujeito de uma *simbolização* acerca de si mesmo e do mundo, de forma geral, implicam necessariamente a primazia de um *movimento simbólico*, considerando ainda a importância de este se dar implicando um processo de subjetivação sobre si mesmo, diferentemente das passagens-relâmpagos de uma representação a outra, características da atualidade, em que o distanciamento prévio das individualidades com relação às vivências instantâneas não possibilitam que se forjem sentidos subjetivos a tais identificações. Trata-se de um *movimento subjetivo e simbólico* que implique a subjetivação *strictu sensu* de determinadas representações, na medida em que seu deslocamento para uma nova produção de sentido se dá quando incide um "esgotamento" da representação anterior, e isto implica necessariamente que esta tenha sido não só experimentada minimamente, mas também significada e subjetivada, revelando que seu caráter de certeza é sempre temporário e circunstancial, de acordo com um tempo necessário a uma produção de sentido subjetivo acerca daquela.

Pensarmos as condições possíveis de subjetivação do "mal-estar" na atualidade, visando sua simbolização como saída que envolva um processo criativo, demanda a necessidade de um "espaço" possível para o desdobramento das subjetividades por entre as brechas e fissuras dos discursos sociais que tendem a assujeitar as individualidades. Em suma, a possibilidade de criatividade simbólica como tarefa de significação e produção de sentido, que ponha em movimento o ser de desejo, depende, necessariamente, da capacidade e da permissividade, vinda do outro, de incitar as dimensões da dúvida, seja esta com relação a um

diagnóstico e a uma prescrição terapêutica (no caso das depressões), seja na sua totalidade com relação às "verdades" sobre o ser humano disseminadas ideologicamente na contemporaneidade.

> A capacidade de se duvidar do que se pensa só é possível na medida em que o Eu acredita que esta dúvida se baseia num outro pensamento que poderá ser verdadeiro. Isto implica o fato de que o Eu se atribui o direito de duvidar também do pensamento de um outro, e que este outro lhe reconheça este direito. (Aulagnier, 1985, p.25)

No caso do nosso objeto específico – a depressão –, em lugar de um "silêncio pulsional", imposto pelas químicas, e da *certeza* representada pelo diagnóstico, é imprescindível possibilitarmos o advento da *criatividade* inerente aos processos de subjetivação como *simbolização* das condições de "mal-estar", em que a partir do *sofrimento* e da *dor* o sujeito possa ressignificar a maneira que vivencia tais situações, dessa forma conhecendo-as, trazendo-as para perto de si ao invés de almejar extirpá-las, e podendo fazer de seu "veneno" aquilo que pode fortalecê-lo alhures. Afinal, conflitos, sofrimentos e dores são inerentes à vida, bem como o são também a construção dos movimentos singulares de cada sujeito na busca de suas superações.

Sem tais pesares, o que interrogaria o sujeito acerca de si e que processos de simbolização seriam possíveis, sendo que estes constituem-se justamente de recobrir tudo aquilo que *falta*, tudo que envolve em certa medida uma *perda*, sendo esta das mais variadas naturezas possíveis? Ao nos vermos órfãos de nosso sentimento-mãe – a *angústia* –, esta que tende a ser implacavelmente silenciada em nossa contemporaneidade, o que nos impulsionaria como sujeitos ao movimento incessante necessário para a construção de sentidos?

Em suma, ante as variadas formas de sofrimento na atualidade, em especial a depressão, apontamos para a necessidade de repensarmos as formas terapêuticas de lidar com tais questões, em que um abismo teórico-prático-ideológico separa dois posicionamentos éticos distintos de se lidar com os avatares da subjetividade: aqueles que assujeitam e alienam e aqueles que permitem o advento do sujeito.

As dores e suas representações, bem como as variadas formas de sofrimento na contemporaneidade, desde as mais serenas às mais intensas, podem simplesmente ser suprimidas implicando a estase pulsional e o comprometimento da capacidade desejante, ou podem tornar-se símbolos que traduzam algo do sujeito, engendrando um ganho de riqueza simbólica para o próprio indivíduo, o que, em última instância, o fortalece ante a administração eterna necessária dos conflitos inerentes aos seres humanos.

Para além das pontuações específicas acerca das práticas terapêuticas voltadas ao tratamento da depressão na atualidade, convém apontarmos que nas suas bases encerra-se uma questão de ordem ética. Uma *ética* na medida em que as maneiras de lidar com o "mal-estar" na atualidade (concernentes aos profissionais que a isso se dedicam) implicam um *posicionamento* frente à problemática, uma postura propriamente dita ante as possibilidades dos sujeitos em haverem-se com suas próprias determinações. O "espaço" permissivo para o advento do sujeito e do desdobramento da subjetividade de forma geral está atrelado a um posicionamento ético frente a tais questões.

Diante da problemática investigada ao longo de nossa pesquisa – a depressão e a medicalização indiscriminada desta –, entendemos, com base em evidências de determinadas situações clínicas apresentadas, bem como por meio da representação social vigente que a designa como o "mal do século", que toda a intolerância frente às manifestações de sofrimento concretizada na aposta de um apaziguamento afetivo e sintomático resulta em um custo para as próprias individualidades: o custo da perpetuação do "mal-estar", ainda que transfigurado em suas evidências clínicas.

Neste sentido, demarcamos a defesa e a importância do posicionamento singular inerente às práticas clínicas de referencial psicanalítico que possibilitam a construção de um "espaço" permissivo com relação ao advento da subjetividade.

De uma forma mais ampla, entendendo que as manifestações de "mal-estar" são inerentes à nossa vida e permeiam a existência como totalidade, para além da aposta no método clínico psicanalítico (ainda que inspirados pelo referencial teórico da psicanálise, o qual nos possibilita

pensar o "espaço e tempo singulares do sujeito"), apostamos nossas fichas nas mais variadas possibilidades de lidar com o "mal-estar" na atualidade, em especial com a depressão. Possibilidades enviesadas pelas dimensões individuais, sociais e culturais, numa atitude para com aqueles que sofrem, não implicando descaracterização de tudo aquilo nos torna humanos, em todos os sentidos, e de onde reside, em potencial, as matrizes do conflito inerente aos sujeitos, como também, as possibilidades de dinamizar sentidos e superação do mesmo.

Considerações finais

Da experiência profissional cotidiana de aproximadamente cinco anos no trato de questões voltadas à promoção da saúde mental atuando em um serviço público de saúde, somada às inquietações teóricas que remontam a um período antecessor à prática e ao contato profissional com o mundo que nos cerca, inquietações estas germinadas ainda nos anos de formação e graduação em Psicologia, confluíram, enfim, um *desejo de saber* e as problemáticas encontradas na realidade, resultando na busca de compreensão empreendida em nosso trabalho.

Na medida em que o problema investigado origina-se do entrecruzamento de como tal situação apresenta-se diante de nós e de como nos posicionamos ante aquela – a tarefa de produção de sentidos possíveis inerentes a um trabalho de pesquisa científica –, torna-se também um verdadeiro *movimento* interno de subjetivação para o próprio pesquisador. Isto levando em consideração que é árdua a tarefa de manejar o próprio desejo de saber com relação às possíveis frustrações que diferentes evidências constatadas ao longo do trabalho nos revelam, na medida em que estas são sempre demasiadamente relativas e, por natureza, incompletas e circunstanciais.

Contudo, justamente por conta de tal condição, ou seja, de que não existem verdades absolutas a serem descobertas a não ser a própria verdade desta constatação, corroborada em cada passo da pesquisa, é

por esse motivo que, no longo caminho percorrido, o custo subjetivo de renunciarmos às próprias certezas era na mesma medida compensado pela possibilidade de abertura a novas questões, inicialmente não formuladas, promovendo um significativo amadurecimento na forma de lidarmos com nosso objeto de trabalho.

A princípio pudemos dedicar-nos ao estudo das condições sociais e culturais, presentes em nosso tempo, que delineiam determinadas formas de subjetivação, o que nos possibilitou pensar e refletir acerca das "soluções" que os sujeitos empreendem ao enfrentamento dessas questões, bem como sobre a maneira como somos atravessados por tais demandas e circunstâncias sociais específicas de nossa *pós-modernidade* (Bauman, 1998) ou, simplesmente, atualidade. Isto nos conduziu a apreender as novas formas de subjetivação na contemporaneidade, sem que com isso as compreendêssemos como necessariamente patológicas, mas antes como estilísticas ou como modos de ser possíveis ante uma sociedade que se apresenta como sustentada por *performances espetaculares* (Debórd, 1997).

Diante de tais configurações sociais/culturais e entendendo-as em linhas gerais como potenciais dispositivos disparadores de sentimentos de desamparo, alçamo-nos ao estudo das depressões do ponto de vista da psicanálise, retomando os estudos clássicos que remontam à problemática secular da melancolia (Freud, 1917 [1915]; 1996), bem como os avanços teóricos que compreendem a depressão e/ou depressividade como constituinte daquilo que consideramos como sendo a própria psique (Fédida, 1999), na medida em que esta se forja em torno de um *vazio*.

Foi possível verificarmos também que, de maneira geral, os discursos sociais vigentes em nossa atualidade pouco possibilitam condições de subjetivação que envolvam um verdadeiro processo de simbolização e representação acerca de si e do mundo por parte das individualidades. Na mesma lógica inerente ao capitalismo, a avalanche de informações e demandas implícitas substituem nosso desejo por pseudonecessidades, o que caracteriza uma determinada forma de alienação cultural e subjetiva.

Focados em nossa problemática específica de estudo, a *depressão* e a *medicalização* (Foucault, 2001a) desta, lançamo-nos na busca de

compreensão acerca das práticas terapêuticas voltadas a essa questão na atualidade. Para isso, utilizamo-nos de *fragmentos de reminiscências* constituídos com base na vivência cotidiana de atendimentos clínicos. Optamos por eleger para o estudo aqueles casos específicos em que as terapêuticas medicamentosas da depressão mostravam-se infrutíferas, na medida em que determinadas características de tais casos despertam nosso interesse em compreender as consequências psicológicas dessas intervenções.

Com base nas representações que os próprios pacientes forjam acerca do uso cotidiano de medicamentos e do diagnóstico que recebem, pudemos concluir que entre as vicissitudes do processo de *alienação* (Aulagnier, 1985) e da *(ex)-sistência* (Lacan, 1958 [1957]; 1999) subjetiva dos sujeitos – esta reatualizada nas práticas exclusivamente medicamentosas – demonstra-se, nesses casos específicos, uma nociva *perpetuação do* "mal-estar" *configurado como depressão*, dado o silêncio pulsional e o impedimento simbólico promovido pela (in)devida medicalização.

Compreendemos que tais terapêuticas destinadas a tratar os mais variados sofrimentos na atualidade, especificamente a depressão, são, em última instância, o reflexo de nosso substrato cultural forjado na contemporaneidade. Se tais terapêuticas podem exercer sua força, conduzindo muitas vezes diferentes sujeitos a modos padronizados de lidar com suas condições de sofrimento, isso só se torna possível na medida em que as condições culturais e ideológicas vigentes figuram como condição de possibilidade primeira para tal fato.

Assim, entendemos que a medicalização abusiva, indiscriminada e banalizada do sofrer humano só constitui-se como possibilidade e como tendência dominante em uma sociedade que evidentemente carece de recursos outros para lidar com suas condições de sofrimento. Trata-se da construção de uma cultura com relação ao sofrer que, evidentemente, não está *em si* fatidicamente privada de tais condições, mas mais especificamente uma cultura que opta por apostar suas fichas nos encantos tecnológicos prometidos pelo mundo novo em detrimento dos movimentos simbólicos que suscitam a ideia de, muitas vezes, rudimentar e ultrapassado em pleno século XXI.

Chamamos a atenção para o fato de que no cerne de toda a questão discutida ao longo deste trabalho, porém não esgotada, obviamente, está a problemática acerca das condições de subjetivações na contemporaneidade, de onde podemos perceber em todos os sentidos um demasiado esvaziamento simbólico. Posto isso, consideramos relevante a questão cultural-ideológica na base de todas as discussões, entendendo aqui por cultura os próprios modos de subjetivação privilegiados de um determinado período e época, a qual cerceia formas específicas de reconhecer o mundo e a si mesmo.

Com relação ao sofrer, especificamente, percebemos que uma cultura que tende a desprezar as dimensões simbólicas da vida, inerentes a todas as formas de criatividade – estas intrínsecas às possibilidades de enfrentamento de qualquer condição adversa e/ou de sofrimento –, busca, assim, aviltadamente agir nas dimensões do real dos afetos, o que implica um esvaziamento simbólico que redunda infinitamente em torno de um vazio, o que, por sua vez, configura o semblante de um mundo que apreendemos como depressivo.

Muitas questões ainda revelam-se pertinentes, mesmo diante de tais conclusões, como, por exemplo, aquelas que concernem à preocupação do que diferenciaria os sujeitos que se adaptam de forma satisfatória às intervenções medicamentosas daqueles que vivenciam a perpetuação do "mal-estar". Ou ainda, que mecanismos subjetivos intrínsecos aos próprios sujeitos seriam responsáveis por uma resistência ante a supressão da própria subjetividade e singularidade? E estariam esses mecanismos ausentes nos pacientes que toleram o custo subjetivo necessário ao sucesso medicamentoso?

Enfim, questões estas que, com certeza, nos conduzirão a muitas outras, mas que competem a lançarem-se no desafio de tentar respondê-las todos aqueles que se interessam pela problemática e que visam contribuir para tais reflexões.

Referências bibliográficas

ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental*: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ALVES, A. Na cadência do samba. In: ________. *Eu, Ataulfo Alves*. Polydor, 2003. 1 CD.

AMARAL, J. G. P. D. *Os destinos da tristeza na contemporaneidade:* uma discussão sobre depressão e melancolia. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2006.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, A. Nome. In: ________. *Nome*. Rio de Janeiro: BMG, 1993. 1 CD.

________. O nome disso. In: ________. *Ninguém*. Rio de Janeiro: BMG, 1995. 1 CD.

________. Socorro. In: ________. *Um som*. Ariola, 1998. 1 CD.

AULAGNIER, P. *Os destinos do prazer*: alienação, amor, paixão. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

________. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

________. *Amor líquido*: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

________. *Estilo e modernidade em Psicanálise*. São Paulo: Editora 34, 1997.

________. *Mal-estar na atualidade*: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

________. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. (Sujeito e História).

BOCK, A. M. et al. *Psicologias*: uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOLGUESE, M. S. *Depressão & doença nervosa moderna*. São Paulo: Via Lettera; Fapesp, 2004.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.11, n.4, p.640-52, dez. 2008.

CARTOLA. Preciso me encontrar. In: ________. *Cartola 1976*. Rio de Janeiro: EMI, 1976. 1 CD.

CONSTATINO, E. P. *Percursos da pesquisa qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

CORDEL DO FOGO ENCANTADO. O espetáculo. In: ________. *O palhaço do circo sem futuro*. São Paulo: Trama, 2002. 1 CD.

COSTA, J. F. Narcisismo em tempos sombrios. In: BIRMAN, J. (Coord.). *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus, 1998, p.151-74.

COSTA-MOURA, F. A psicanálise é um laço social. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental*: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p.149-53.

DEBÓRD, G. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELOUYA, D. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ELLER, C. Nós. In: ________. *Cássia Eller ao vivo*. Rio de Janeiro: Universal Music, 1996. 1 CD.

FARINHA, S. *A depressão na atualidade:* um estudo psicanalítico. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.

FERNANDES, C. A. *Um furo no psiquismo:* Melancolia – Depressão. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Distrito Federal, 1999.

FIGUEIREDO, L. C. M. *Revisitando as psicologias*: da epistemologia a ética das práticas e discursos psicológicos. Petrópolis: Vozes, 2004.

FINK, B. *O sujeito lacaniano*: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, M. *Microfisica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

________. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

________. *Os anormais*: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FREUD, S. *Totem e tabu*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.13.

________. *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Imago, 1992. v.21.

________. *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.6.

________. *O método psicanalítico de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7.

________. *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

________. *Recordar, repetir e elaborar*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

________. *Observações sobre o amor transferencial*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

________. *Sobre o narcisismo*: uma introdução. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

________. *Sobre a transitoriedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

________. *Os instintos e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

________. *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

________. *O "estranho"*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.17.

________. *Psicologia de grupo e análise do ego*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.18.

________. *O ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.19.

________. *Neurose e psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.19.

________. *Inibições, sintomas e angústia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.20.

________. *O humor*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.21.

________. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

FUKS, M. P. Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes. *Psicanalis. Univ*. São Paulo, n.9 e 10, p.63-78, jul.-dez. 1998 – jan.-jun. 1999.

GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GUARIENTE, J. C. A. *Depressão*: dos sintomas ao tratamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

KAMMERER, T.; WARTEL, R. Diálogo sobre os diagnósticos. In: LACAN, J. *A querela dos diagnósticos*. Rio de janeiro: Jorge Zahar, 1989, p.27-44.

KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

________. *O tempo e o cão*: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

LACAN, J. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

________. *O seminário, livro 8*: a transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

________. *O seminário, livro 17*: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

________. *O seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

________. *O seminário, livro 5*: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. Tradução de Pedro Tamem. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASCH, C. *A cultura do narcisismo*: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LEGUIL, F. Mais além dos fenômenos. In: LACAN, J. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p.60-9.

MAURANO, D. *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

MELODIA, L. *Convida*: ao vivo. São Paulo: Indie Records, 2003. 1 CD.

MEZAN, R. *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998a.

________. *Tempo de muda*: ensaios de psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 1998b.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONSENY, J. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria*: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p.69-72.

NASIO, J.-D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NIETZSCHE, F. W. *Genealogia da moral*: uma polêmica. Tradução, notas e posfácio de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

________. *Além do bem e do mal*: prelúdio a uma filosofia do futuro. Tradução, notas e posfácio de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*). Disponível em: http://www.who.int/en/. Acesso em: 22 ago. 2009.

PERET, M. F. M. *A depressão na clínica lacaniana:* um estudo de caso. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria*: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

________. *A descoberta do inconsciente*: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental*: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p.141-47.

MUNDO LIVRE S/A. Samba esquema noise. In: ________. *Samba esquema noise*. Banguela Records, 1994. 1 CD.

SAURET, M.-J. Psicanálise, psicoterapias, ainda... In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental*: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p.19-43.

SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão social*: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCIENCE, C.; ZUMBI, N. Corpo de lama. In: ________. *Afrociberdelia*. Rio de Janeiro: Sony Music, 1996. 1 CD.

SIQUEIRA, E. S. E. A depressão e o desejo em psicanálise. *Dissertação* (mestrado em Psicologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de janeiro, 2006.

TEIXEIRA, M. A. R. *A concepção freudiana da melancolia:* elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2007.

VELOSO, C. It's a long way. In: ________. *Transa*. Rio de Janeiro: Polygram, 1972. 1 CD.

WANDERLEY, A. A. R. *A distimia e a construção do indivíduo insuficiente:* um estudo sobre a depressão na contemporaneidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ZARIFIAN, É. Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? In: LACAN, J. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p 45-51.